



Formulario de autorización de medios de comunicación

Por la presente consiento participar en la toma de fotografías, vídeos, entrevistas registradas y comentarios en los proyectos de publicidad para los medios de comunicación de Ravenswood Family Health Center. Además, como padre, tutor o representante legal de mi hijo doy mi consentimiento para el uso de información de salud acerca de mi persona o, en el caso de mi hijo siempre que pueda aprobar el idioma que se utilizará antes de su publicación.

Concedo a Ravenswood Family Health Center el derecho de corregir, usar y reusar los productos antes mencionados para propósitos corporativos y de asistencia médica por parte de Ravenswood Family Health Center; incluyendo publicidad impresa hojas volantes, su sitio web y en cualquier tipo de medio de publicidad. También por la presente libero a Ravenswood Family Health Center, sus agentes y empleados de absolutamente todo y cualquier tipo de reclamos, demandas y responsabilidades en conexión con lo antes mencionado.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita dirigida a RFHC pero si lo hago no tendrá ningún efecto sobre las acciones de Ravenswood Family Health Center tomo antes de entregar la nota revocatoria. Entiendo que este consentimiento se vencerá en el plazo de dos años después de la firma este formulario. Iniciales: _____

Sin embargo, RFHC no tiene control sobre las divulgaciones ya publicadas una vez que la información ha sido recogida por la prensa, y que la información sea de dominio público por tiempo indefinido después de publicada.

Entiendo que los pagos por los servicios recibidos de RFHC para el cuidado de mi salud no se verán afectados si no firmo este consentimiento. Iniciales: _____

Nombre (escribir claramente) _____ **Fecha:** _____

Firma: _____

Dirección: _____ **Ciudad** _____ **Código postal** _____

*** Consentimiento de Padres/Guardianes legales (incluir si la persona en la imagen es menor de 18 años)**

Yo soy el padre/madre o guardián legal del menor antes mencionado. Tengo el derecho legal de consentir y así lo hago, con los términos y condiciones de este formulario de autorización para los medios de comunicación.

Nombre(s) del niño o niños: _____

_____ **Fecha:** _____

Nombre del padre/madre o guardián legal: _____

Firma del padre/madre o guardián legal: _____

RFHC Staff Signature: _____ **Date:** _____