



## FOTO/FORMA VIDEO DE LA AUTORIZACIÓN

### PERMISO DE PADRES PARA FOTOS, VIDEO, AUDIO Y OTRAS PROMOCIONES

Yo, \_\_\_\_\_, padre o guarda legal de \_\_\_\_\_, autorizo por la presente

La Clínica Dental de la Comunidad de los Niños a utilizar, reproduce, y/o publica las fotografías y/o el vídeo que pueden pertenecer mí-incluyendo a mi imagen, semejanza y/o voz sin la remuneración. Entiendo que este material se puede utilizar en las diversas publicaciones, desbloquear de los asuntos oficiales, materiales del reclutamiento, difundo la publicidad de servicio público (PSAs) o para otros esfuerzos relacionados.

Este material puede también aparecer en el Web page del Internet de la Clínica Dental de la Comunidad de los Niños. Esta autorización es continua y se puede retirar solamente por mi rescisión específica de esta autorización. Por lo tanto, La Clínica Dental de la Comunidad de los Niños puede publicar los materiales, utilizar mi nombre, fotografiar, y/o hacer referencia a mí en cualquier la manera esa Clínica Dental de la Comunidad de los Niños juzga apropiada para promover/publique las oportunidades del servicio.

Descripción del material (fotos/audio-visual):

Vídeo y aún imágenes incluyendo el nombre, edad, condición de salud oral, resultado del cuidado

Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma de padre o guarda legal:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_