



PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE RELACIONES PÚBLICAS DE LOS HOSPITALES SHRINERS PARA NIÑOS Y SHRINERS INTERNATIONAL; Y DE LOS DEPARTAMENTOS DE RELACIONES PÚBLICAS DE LAS INSTALACIONES DE LOS HOSPITALES SHRINERS PARA NIÑOS

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DE NO - PACIENTES CON FINES DE MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y RECAUDACIÓN DE FONDOS

Entiendo que los Hospitales Shriners para Niños® (“SHC” por sus siglas en inglés) son una organización de caridad que depende, en parte, del apoyo financiero del público para el funcionamiento de sus hospitales, y que Shriners International (“SI”) es una organización 501(c)(10) que apoya a SHC. También comprendo que SHC y SI participan de los programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos diseñados para publicar la disponibilidad de los servicios de SHC y para promocionar los intereses y la membresía de SI, y la necesidad de donaciones y de apoyo financiero continuo.

Entiendo que al firmar abajo, autorizo a SHC y a SI a usar el nombre, el apellido y las fotografías, las diapositivas, las películas, las cintas de video, las cintas de audio, las películas animadas u otras grabaciones que contienen la imagen o la voz de _____ (“Persona”), que podemos o bien ser yo o el menor de edad en nombre del cual firmo el formulario, como parte de los programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos de SHC y de SI (programas que pueden involucrar redes sociales).

Me gustaría ayudar a SHC y a SI en sus programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos; y doy mi consentimiento para la producción y el uso del nombre, el apellido y las fotografías, las diapositivas, las cintas de video, las cintas de audio, las películas animadas u otras grabaciones de la Persona o de partes del cuerpo de la Persona, incluidas, entre otras, aquellas tomas en una instalación de SHC o en una comunidad de SHC o función del hospital o de SI para fines de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos.

Podré revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito. Sin embargo, revocar esta autorización no afectará la transmisión de información que se produjo antes de la revocación.

Cedo todos y cada uno de los derechos de pago o de regalías en relación con cualquier exhibición, publicidad impresa y televisiva, televisión, transmisión en el sitio de Intranet o en Internet de SHC o SI, distribución digital o cualquier otra muestra de las películas animadas, las cintas de video, las grabaciones sonoras o las fotografías utilizadas para promover la misión de SHC o de SI.

Acepto eximir a SHC, a SI y a sus agrupaciones afiliadas, a los hospitales y a todo su personal y sus voluntarios, a los centros Shriners (templos), y a sus funcionarios, miembros y empleados de cualquier responsabilidad relacionada con la producción o el uso de estas fotografías, diapositivas, películas, cintas de video, cintas de audio, grabaciones digitales, películas animadas u otras grabaciones.

Para uso exclusivo del hospital/de Relaciones Públicas

Nombre de la Persona: _____

Número de teléfono del domicilio: (_____)_____ Número de teléfono del trabajo:
(_____)_____

Dirección de correo electrónico: _____

Al revelar el apellido de la Persona, por favor, proporcione los siguientes datos:

Naturaleza de la publicación (p. ej., cintas de video, publicidad directa impresa): _____

Motivo de la publicación (p. ej., recaudación de fondos, educación): _____

Plazo de tiempo para el uso y la divulgación del apellido de la Persona: _____

Comentarios: