



**AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DE PACIENTES CON FINES DE MARKETING, RELACIONES PÚBLICAS Y RECAUDACIÓN DE FONDOS**

Entiendo que los Hospitales Shriners para Niños® (“Shriners”) son una organización de caridad que depende, en parte, del apoyo financiero del público para el funcionamiento de sus hospitales. También comprendo que Shriners participa en programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos diseñados para promocionar la disponibilidad de sus servicios y la necesidad de donaciones y de apoyo financiero continuo.

Entiendo que, al firmar abajo, autorizo a Shriners a utilizar el nombre de pila y fotografías, diapositivas, películas, cintas de video, cintas de audio, películas animadas u otras grabaciones que contienen la imagen o la voz de \_\_\_\_\_ (“Paciente”), cuya fecha de nacimiento es \_\_\_\_\_, como parte de los programas de marketing, relaciones públicas y recaudación de fondos de Shriners (programas que pueden involucrar redes sociales). Entiendo que mi consentimiento o mi rechazo al otorgar tal permiso no tendrán repercusión alguna sobre ninguna decisión médica que tome Shriners

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

Este formulario de autorización caduca automáticamente cuando el Paciente llega a la mayoría de edad (generalmente, dieciocho [18] años). Si firmo este formulario como un Paciente que ya alcanzó la mayoría de edad, este formulario de autorización expira automáticamente al final del Proyecto Shriners para el cual se obtuvo información acerca de mí.

Podré revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a Shriners. Sin embargo, revocar esta autorización no afectará la transmisión de información que se produjo antes de la revocación. También entiendo que Shriners puede compartir con otros las fotografías, las diapositivas, las películas, las cintas de video, las cintas de audio, las películas animadas u otras grabaciones que, después de compartirlas, ya no pueden estar protegidas por las leyes de privacidad.

Tuve la oportunidad de realizar preguntas acerca de la autorización, y o bien no tuve preguntas o estas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

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

Acepto eximir a Shriners y a sus agrupaciones afiliadas, al hospital y a todo su personal y sus voluntarios, a Shriners International, a los centros Shriners (templos), y a sus funcionarios, miembros y empleados de cualquier y todo tipo de responsabilidad relacionada con la producción o el uso de estas



**Para uso exclusivo del hospital/de Relaciones Públicas**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Edad en la fotografía \_\_\_\_

Condición Ortopédica  Quemaduras  Médula espinal  Labio leporino y paladar hendido

Nombre(s) del/de los padre(s)/tutor legal \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono del domicilio: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fotógrafo: \_\_\_\_\_

Comentarios: