



## AUTORIZACIÓN DE USO DE IMÁGENES DE FOTOGRAFÍA/VÍDEO

Por la presente, otorgo mi permiso al Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS) para que utilice fotografía(s) y/o grabación de vídeo(s) de \_\_\_\_\_ tomado(s) en \_\_\_\_\_.

(NOMBRE IMPRESO)

(FECHA)

Entiendo que el permiso incluye el uso de la(s) fotografía(s) y/o grabación de vídeo(s) para reproducción en publicaciones, periódicos, revistas, televisión, redes sociales, sitios de Internet y otros medios. Entiendo que las la(s) fotografía(s) y/o grabación de vídeo(s) se usan para promover y dar a conocer al público los programas y servicios de ADHS.

Comprendo que el permiso para usar la(s) fotografía(s) y/o grabación de vídeo(s) **estará en efecto hasta que sea revocado** desde la fecha en que se tomaron las imágenes, y que ADHS retendrá una copia digital de todas las fotografías y grabaciones de vídeo. Entiendo que puedo revocar el permiso en cualquier momento, comunicándome con ADHS de manera verbal, por escrito, en persona o por correo electrónico (email).

Por este medio libero al Estado de Arizona, ADHS, y sus funcionarios, empleados y agentes, de cualquier responsabilidad en relación con el uso de las fotografías y/o grabaciones de vídeo.

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

*(Padre o Tutor para personas menores de 18 años de edad)*

DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código Postal

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ELECTRÓNICA (EMAIL): \_\_\_\_\_

*Por favor marque aquí si desea recibir una copia de este permiso por correo electrónico (e-mail): \_\_\_\_\_*

-----DO NOT WRITE BELOW THIS LINE—FOR AGENCY USE ONLY-----

Photographer: \_\_\_\_\_

Photo/Video Release ID# \_\_\_\_\_