

Apéndice A
Formulario de Autorización
Publicacion de Fotos, Videos y Audios para
Promocion (Sin Informacion de Salud del
Paciente)



Su información		
Nombre:		
Dirección		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico:	
Posición: <input type="checkbox"/> Profesor(a)	<input type="checkbox"/> Estudiante de Medicina	<input type="checkbox"/> Estudiante de Posgrado
<input type="checkbox"/> Empleado/ Personal	<input type="checkbox"/> Miembro de la comunidad	<input type="checkbox"/> Otro_____
<input type="checkbox"/> Tengo por lo menos 18 años.	<input type="checkbox"/> Firmo como padre/tutor de:	

Información sobre el proyecto	
Nombre:	
Tipo: <input type="checkbox"/> Foto <input type="checkbox"/> Videos <input type="checkbox"/> Audio <input type="checkbox"/> Otro:	

Propósito: Al firmar este documento, yo concedo voluntariamente a la Universidad de California, Riverside (UCR), UCR Escuela de Medicina, y/o UCR Health autorización para tomar y usar fotografías, video, audio, u otros multimedios para cualquier uso material de promocion y esfuerzos de publicidad. Entiendo que todo contenido se puede utilizar en forma impresa, digital, u otras formas.

Libero a la universidad, al fotógrafo / videógrafo, a sus funcionarios, empleados, agentes y personas designada de responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que pueda tener en relación con dicho uso.

Acepto que la UCR, la Escuela de Medicina de la UCR y/o UCR Health posean todos los derechos sobre los elementos multimedia enumerados anteriormente. Renuncio a todos los derechos que pueda tener en el uso de mi semejanza. Las organizaciones tendrán el derecho de reproducir, distribuir, vender, transmitir, publicar, exhibir o utilizar de otro modo todo el contenido enumerado anteriormente. No recibiré ningún pago por cualquier uso posterior de ellos.

A menos que se indique lo contrario, esta autorización no caduca. Si se recibe una solicitud para revocar el permiso, se entiende que los elementos que se han lanzado al público no pueden ser retirados o eliminados.

Firma del Individuo, Paciente o Representante Legal	Fecha	Relación con el Paciente
Firma del Testigo o Intérprete	Fecha	Número de teléfono
Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento	Fecha	