



National Association of Community Health Centers, Inc.  
FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

Al firmar este formulario de divulgación, autorizo a la National Association of Community Health Centers, Inc. ("NACHC"), a usar la siguiente información personal.

(1) Mi foto – incluyendo imágenes fotográficas, imágenes en movimiento e imágenes de video electrónicas

y/o

(2) Mi voz – incluyendo grabaciones de sonido y video

(3) Mi historia – incluyendo una versión resumida o editada

Mediante el presente documento otorgo a NACHC, sus subsidiarias, representantes, sucesores y designados, el derecho de usar, publicar y reproducir, para todos los fines, mi nombre, mi historia e información, imágenes mías en forma de películas o electrónica (video), grabaciones del sonido de mi voz y de video, y copia electrónica e impresa de la información descrita en la secciones (1) y (2) arriba, en cualquiera y todos los medios incluyendo entre otros, televisión por cable y aérea, Internet, y para la exhibición, distribución, promoción, publicidad, venta, conferencias de prensa, reunión, audiencias, conferencias educativas y en folletos y otros medios impresos. Este permiso se extiende a todos los idiomas, formatos y mercados no conocidos o desarrollados en el futuro. Este permiso continuará indefinidamente a menos que revoque el mismo por escrito.

Además otorgo a NACHC todos los derechos, títulos, e intereses que pudiera tener en las imágenes terminadas, negativos, reproducciones y copias de la impresión original, y además otorgo a NACHC el derecho de dar, vender, transferir, y exhibir la impresión en copias o imágenes similares correspondientes, a los fines de marketing, comunicaciones o publicidad, como lo considere necesario.

Mediante el presente documento renuncio al derecho de recibir cualquier pago por firmar esta autorización y renuncio al derecho de recibir cualquier pago por el uso por parte de NACHC de cualquiera de los materiales descritos arriba con cualquier fin autorizado por este permiso. También renuncio a cualquier derecho de inspección o aprobación de las fotografías, audio, video, multimedia o grabaciones publicitarias terminadas, y copia o material impreso o imágenes digitalizadas generadas por computador y otros medios electrónicos que pudieran ser utilizados en conjunto, o a aprobar el uso eventual para el que pudiera ser aplicado.

Reconozco que he leído lo precedente y que entiendo totalmente su contenido.

EN TESTIMONIO DE ELLO, ejecuté esta autorización el día \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre en letras de molde:

Número de teléfono:

Dirección:

Firma:

Ciudad Estado Código Postal:

(Si la autorización es proporcionada en nombre de un menor:)

El presente documento certifico que soy el(la) padre/madre o tutor de \_\_\_\_\_ que tiene menos de 18 años de edad, a quien se aplica esta autorización, y que posee o la autoridad legal para ejecutar la misma. Apruebo todo lo precedente y estoy de acuerdo en que ambos nos vemos obligados la forma correspondiente.

Padre/madre/tutor:

Número de teléfono:

Dirección:

Firma:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Testigo:

Número de teléfono:

Dirección:

Firma:

Ciudad, Estado, Código Postal: