****

**FORMULARIO DE COMUNICADO DE PRENSA**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, otorgo permiso a West Health y West PACE para usar mi imagen (fotografías y/o video) para su uso en publicaciones y promociones en los medios, que incluyen:

(Marque todo lo que corresponda)

❏Videos ❏Explosiones de correo electrónico ❏Folletos/volantes de reclutamiento ❏Boletines ❏Revistas❏Publicaciones generales ❏Sitio web y/o afiliados ❏Redes sociales ❏Anuncios de medios / relaciones públicas ❏ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por la presente, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar las fotografías terminadas o el material electrónico que pueda usarse junto con ellas ahora o en el futuro, ya sea que conozca o desconozca ese uso, y renuncio a cualquier derecho a regalías u otra compensación que surja. de o relacionado con el uso de la imagen.

Escriba sus iniciales en el siguiente párrafo que corresponda a su situación actual:

\_\_\_\_\_ Tengo 18 años de edad o más y soy competente para contratar en mi propio nombre. He leído este comunicado antes de firmar a continuación y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de este comunicado. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica con respecto a este comunicado enviando esas preguntas por escrito antes de firmar, y acepto que mi falta de hacerlo se interpretará como una aceptación libre y con conocimiento de causa de los términos de este comunicado.

\_\_\_\_ Soy el padre o tutor legal del niño mencionado a continuación. He leído este comunicado antes de firmar a continuación y entiendo completamente el contenido, el significado y el impacto de este comunicado. Entiendo que soy libre de abordar cualquier pregunta específica con respecto a este comunicado enviando esas preguntas por escrito antes de firmar, y acepto que mi falta de hacerlo se interpretará como una aceptación libre y con conocimiento de causa de los términos de este comunicado.

Fecha de firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(si es menor de 18 años)