

Lovelace

Health System

* Este formulario se debe usar junto con el formulario titulado “**Autorización para el uso y la divulgación de imágenes, grabaciones de voz o testimonios**”

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN SOBRE LA IMAGEN, LAS FOTOGRAFÍAS, LOS TESTIMONIOS Y LA PUBLICACIÓN EN MEDIOS

Yo, quien suscribe, autorizo a **Lovelace Health System** y a sus afiliados, entidades matrices, subsidiarios, licenciarios, sucesores, delegados y cesionarios (colectivamente, el “**Proveedor**”) a grabarme en video o fotografiarme y grabar mi voz, mis conversaciones y sonidos, lo que incluye el derecho a publicar, distribuir, mostrar, reproducir, exhibir, transmitir y copiar, relacionados con el Proveedor y sus servicios, empleados o personal, e incluye la toma de fotografías, la grabación o el registro de mis afecciones o tratamientos médicos, o la información biográfica que yo pudiera proporcionar (colectivamente, los “**Materiales**”). Comprendo que a los fines de este consentimiento y autorización sobre la imagen, las fotografías, los testimonios y la publicación en medios (en adelante, el “**consentimiento**”), los términos “imagen”, “voz” y “fotografía” abarcan las fotografías fijas, las imágenes digitales, las grabaciones de audio y cualquier otro método para reproducir o editar mi apariencia, imagen o voz, conocidos ahora o revelados en el futuro.

Expresamente comprendo y acepto que el Proveedor será el propietario de los resultados y procedimientos de dichos Materiales para cualquier propósito a perpetuidad, libre y exento de cualquier reclamación realizada por mí o en mi representación, con el derecho en todo el mundo y a perpetuidad a ejercer los derechos de autor, usar, publicar y licenciar a otros a usar una cantidad ilimitada de veces en cualquier forma, incluso por Internet u otro medio digital, la totalidad o parte de los Materiales, exento de cualquier pago, regalía o compensación alguna a mi persona.

Afirmo que cualquier declaración hecha por mí durante mi aparición o en los Materiales es verdadera a mi leal saber y entender, y que ni mis declaraciones ni mi aparición transgredirán ni afectarán los derechos de ningún tercero. Por el presente renuncio a todo derecho de inspección o aprobación de los Materiales y mi aparición en dichos Materiales, y los usos que se le podría dar a estos Materiales. Acepto que los Materiales podrían ser editados a entera discreción del Proveedor y que este no tiene obligación de usar los Materiales. Reconozco que el Proveedor contará con este permiso potencialmente a un costo sustancial para el Proveedor y, por el presente, acepto no realizar ninguna reclamación de ningún tipo contra cualquier entidad que se relacione con el ejercicio de los permisos otorgados en lo sucesivo.

Por el presente eximo y libero al Proveedor y a sus miembros, funcionarios, empleados, clientes y representantes de cualquier tipo de reclamación, demanda, acción, responsabilidad y daño que pudieran producirse o atribuirse, en su totalidad o en parte, al uso de los Materiales.

Por el presente reconozco que, ni el Proveedor ni ninguno de sus agentes o empleados, han realizado declaraciones o garantías de ningún tipo con respecto a ningún asesoramiento médico o de otro tipo, o información que yo pudiera recibir en relación con mi aparición, y que no he confiado en ninguna de dichas declaraciones o garantías para aceptar que graben mi voz o imagen según se describe arriba.

Firmo este consentimiento de manera voluntaria, habiéndolo leído en su totalidad y comprendiendo el contenido del documento a mi satisfacción, y reconozco que es vinculante a mi persona, mis representantes legales, herederos y cesionarios. Comprendo que este consentimiento será firmado simultáneamente con el formulario titulado “Autorización para el uso y la divulgación de imágenes, grabaciones de voz o testimonios” (la “**Autorización**”) y acepto que, en caso de conflicto entre los dos documentos, los términos de la Autorización serán los que rijan.

Firma de la persona o de su representante legal: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Relación del representante legal con el paciente (p. ej., padre, madre, tutor legal):
