

## PUBLICACIÓN DE FOTOS

Por y en consideración de mi compromiso como “modelo” o sujeto de fotografías de Cordido Dental Pros, PLLC, (“CDP”). Por la presente otorgo a CDP, sus representantes legales y cesionarios, aquellos para quienes CDP está actuando y aquellos que actúan con su permiso, o sus empleados, el derecho y permiso de derechos de autor y / o usar, reutilizar y / o transmitir y volver a publicar fotos y videos grabaciones mías, o en las que pueda estar distorsionado en carácter o forma, junto con mi propio nombre o un nombre ficticio, en reproducciones de las mismas en color o en blanco y negro realizadas a través de cualquier medio por CDP en su estudio o en otro lugar, por cualquier propósito, incluido el uso de cualquier material digital o impreso junto con el presente.

Por la presente renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el video terminado, la banda sonora, la presentación o la copia publicitaria o el material impreso que pueda usarse junto con el mismo o el uso eventual que pueda aplicarse.

Por la presente libero, descargo y acepto salvar a CDP, sus representantes, cesionarios, empleados o cualquier persona o personas, corporación o corporaciones, actuando bajo su permiso o autoridad, o cualquier persona, personas, corporación o corporaciones, para quienes pueda ser actuar, incluida cualquier firma que publique y / o distribuya el producto terminado, en su totalidad o en parte, de y contra cualquier responsabilidad como resultado de cualquier distorsión, desenfoque o alteración, ilusión óptica o uso en cualquier forma compuesta, ya sea intencionalmente o en caso contrario, que pueda ocurrir o producirse en la toma, procesamiento o reproducción del producto terminado, su publicación, distribución o difusión del mismo, aun cuando el mismo me someta al ridículo, escándalo, reproche, desprecio o indignidad.

Por la presente certifico que tengo (más / menos) veintiún años de edad y que soy competente para contratar en mi propio nombre en lo que se refiere a lo anterior.

He leído el comunicado, la autorización y el acuerdo anteriores antes de colocar mi firma a continuación, y garantizo que entiendo completamente su contenido.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique la relación: padre o tutor legal \_\_\_\_\_