

# Formulario de autorización para la publicación de fotografías o imágenes

de 20

Fecha

*La agencia recopila fotografías y videos en todo el país para mostrar cómo sus programas ayudan a las personas. Al firmar este formulario, usted autoriza el uso de la imagen o imágenes en una variedad de formatos (impresas, en medios sociales, en páginas de internet, etc.), sin restricciones ni compensación, para los propósitos oficiales del Gobierno de EE. UU.*

Yo, \_\_\_\_\_

doy mi permiso para que la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y cualquier otra entidad del Gobierno de EE. UU. usen la imagen o imágenes fotográficas o de video mías o de una persona de la que soy legalmente responsable. La imagen o imágenes pueden usarse en cualquier publicación oficial en forma impresa o digital. Además, otorgo a la HRSA todos los derechos para que en cualquier momento use estas imágenes en otras publicaciones oficiales del Gobierno de EE. UU. También acepto que la HRSA proporcione estas imágenes a los medios de comunicación como parte de los asuntos oficiales del Gobierno de EE. UU. Renuncio al derecho de editar o aprobar el producto terminado en el que se use la imagen o imágenes.

Nombre de la persona en letra de imprenta

Información identificatoria adicional (opcional):

Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el menor o menores, si corresponde.

**Si se da el permiso en nombre de uno o más menores. Favor de escribir el nombre o nombres con letra de imprenta:**

Firma del testigo: \_\_\_\_\_

**Se requiere si se da el permiso en nombre de uno o más menores.**

## This Section is for Agency Use Only

Agency Representative

Title

Address

Telephone Number

Purpose of Image(s)