Formulario de Consentimiento para Fotografía/Video

CONSENTIMIENTO del Padre/Madre
Yo,_____, _____ Nombre, Apellido, Fecha de Nacimiento, padre/madre de los niños nombrados a continuación:

_____ (Nombre completo del niño(a) y fecha de nacimiento)

consiento a que se tomen todas las imágenes y/o videos de mí o de mi hijo(a)/dependiente, sin limitarse a una sola fecha de servicio. Acepto que las imágenes puedan usarse con fines de redes sociales, incluyendo el sitio web de Kidsville Pediatrics, la página de Facebook, el boletín informativo o Instagram. Kidsville Pediatrics tiene todos los derechos para usar las fotos/ videos en cualquier forma de mercadeo/publicidad.

Reconozco además que no hubo promesa alguna de compensación por dicho uso de la(s) fotografía(s) médica(s) y/o video tomado por el personal de Kidsville Pediatrics, PLLC, según lo consentido anteriormente.

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento mediante solicitud escrita del paciente.

Al firmar a continuación, confirmo que entiendo este formulario de consentimiento.

_____ _____

Firma del Padre/Madre/Tutor Fecha