



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LIBERACIÓN DE GRABACIONES / IMÁGENES

Al firmar a continuación, autorizo a The Richland Hospital and Clinics ("Hospital") y a The Richland Foundation ("Fundación") (en colectivo, "Hospital" y "Fundación" serán referidos como "Richland"), para tomar o grabar imágenes fotográficas, grabaciones de video, grabaciones de audio, ("Imágenes") para el propósito de comunicaciones externas o internas, incluyendo, pero sin limitarse a iniciativas promocionales y de marketing. También autorizo a Richland a utilizar divulgar o distribuir estas Grabaciones, mi nombre y otra información demográfica en línea, de manera impresa y en noticias, incluyendo, pero sin limitarse a publicaciones, pancartas, publicidad, televisión, video, internet y redes sociales, podcasts, radio y de cualquier otra manera.

Además:

1. Autorizo a Richland para copiar, editar, mejorar, cortar o alterar las imágenes de alguna manera.
2. Comprendo y acepto que todas las imágenes son propiedad del Hospital y no me serán retornadas.
3. Afirmo que estoy entregando este consentimiento de manera voluntaria y sin obligación y también reconozco que Richland no ha condicionado nada en mi voluntad para firmar este consentimiento, incluyendo, pero sin limitarse a tratamientos, pagos, inscripciones y elegibilidad para beneficios.
4. Comprendo que no recibiré compensación por las imágenes o por mi consentimiento para usar las Imágenes.
5. Comprendo que si las Imágenes contienen información de salud protegida (por ejemplo, si soy un paciente del Hospital), debo completar por separado una autorización permitiendo esta divulgación.
6. Comprendo que esta autorización no expira y el Hospital puede retener las Imágenes de manera indefinida o puede destruirlas a discreción del Hospital y sin necesitar mi consentimiento adicional.
7. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento y revocar esta autorización en cualquier momento, aunque mi retiro o revocación de este consentimiento no ocasionará que Richland retire, elimine o edite el material de marketing existente. Mi retiro o revocación del consentimiento será efectivo solo hasta el alcance de que Richland no utilice las Imágenes para crear nuevo material en el futuro, después de la recepción de este retiro o revocación. Para lograr este retiro o revocación, comprendo que debo enviar una solicitud escrita a la dirección listada a continuación o enviar un correo electrónico a Marketing@richlandhospital.com. Comprendo que mi revocación solo es efectiva si está por escrito o por correo electrónico.

The Richland Hospital and Clinics
Departamento de Marketing
333 East Second Street
Richland Center, WI 53581

8. Libero para siempre a Richland y sus afiliados, sucesores y asignados, oficiales, empleados, representantes, socios, agentes y cualquiera que reclame a través de ellos, en sus capacidades individuales y/o corporativas de cualquier reclamo, responsabilidad, obligación, promesa, acuerdo, disputa, demanda, daño, causa de acción o de cualquier tipo, conocido o desconocido, que yo o cualquiera que reclame de mi parte, pueda o reclame en conexión con las Imágenes, incluyendo, pero sin limitarse a reclamos por violación de derechos de autor, propiedad intelectual, derechos de privacidad o derechos de publicidad o reclamos sobre el uso o divulgación de las Imágenes en páginas web de terceros.
9. He leído cuidadosamente y comprendo en su totalidad las disposiciones de esta autorización y, bajo mi solicitud, recibiré una copia.

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Firma de padre/tutor (si el individuo es menor de 18): _____

Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono preferido: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____