

## AUTORIZACION DE CONSENTIMIENTO DE USO DE FOTOGRAFIAS (“Consentimiento”)

Nombre: \_\_\_\_\_

Por la presente yo consiento y otorgo permiso a Nurse-Family Partnership (“NFP”) de utilizar mis citas o fotografías, videos grabados o imágenes digitales de mí y/o de mi niño/a en cualquier publicación, incluyendo la página web de NFP, la plataforma de redes sociales de NFP, como lo son Facebook, Instagram o Twitter, y en los materiales de mercadeo de NFP, como lo son los catálogos, volantes o anuncios. Reconozco que no recibiré ninguna forma de pago cuando NFP utilice fotos o citas mías en sus materiales. Reconozco y acuerdo que NFP es la dueña de estos los materiales. Al firmar este Consentimiento, autorizo a NFP a editar, alterar, copiar, mostrar, publicar y distribuir mí imagen para anunciar y promocionar el programa NFP o para propósitos de mercadeo. Reconozco y acuerdo que no tengo el derecho de revisar o aprobar el producto final de NFP aún cuando hayan utilizado mi foto.

Al firmar este Consentimiento, acuerdo que no demandaré a NFP o solicitaré ninguna compensación por gastos, daños o pérdidas por el uso de mí imagen a NFP.

Al firmar abajo, declaro que soy mayor de 18 años y otorgo esta autorización en mi nombre. Si soy menor de 18 años mis padres o representate legal ha firmado abajo. He leído el Consentimiento antes de firmarlo y estoy familiarizada con todos los términos y condiciones del mismo y de su impacto hacia mí.

Al marcar esta casilla, acuerdo y doy mi consentimiento a NFP de contactarme aún después de graduada del programa. Reconozco que puedo solicitar a NFP parar de contactarme en cualquier momento.

Para contactarme por texto: \_\_\_\_\_  
Para contactarme por correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma autorizada / Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño/a (si aplica)

Si la persona que firma es menor de 18 años de edad, este Consentimiento también debe ser firmado por el padre o representante legal.

Al firmar abajo, yo confirmo que soy el padre o representante legal de \_\_\_\_\_, nombrada arriba. Doy mi consentimiento en nombre de esta persona.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre/representante legal) \_\_\_\_\_ (Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre/representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_