

## Consentimiento y Permiso de Publicación Para Usar Imágenes o Información

Yo, (escriba su nombre en letra de molde) \_\_\_\_\_ o mi representante legal autorizado, por este medio doy mi consentimiento para que los empleados, estudiantes o agentes de Centro de Ciencias de la Salud de Texas Tech University (TTUHSC, por sus siglas en inglés) tomen y usen información sobre mi persona (incluyendo mi historial clinic, si es aplicable), mi nombre o imagen o cosas semejantes incluyendo, pero no limitado a, fotografías, imágenes de video, grabaciones de audio, digitales (colectivamente "imágenes"), o mis datos o presentación para los propósitos marcados a continuación:

<b>ESTOY DE ACUERDO CON LOS USOS DESIGNADOS A CONTINUACIÓN: (No incluye los usos para el tratamiento o pago de pacientes)</b>	<u>Mi Nombre</u>	<u>Mi(s) Imagen(es)</u>	<u>Mi Información</u>	<u>Mis Datos o Presentación</u>
<input type="checkbox"/> Para propósitos educativos <b>dentro</b> de TTHSC.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Para propósitos educativos <b>fuera</b> de TTHSC.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Para mercadeo o publicidad de TTHSC (Esto incluye noticias y medios sociales como entrevistas, Facebook, Twitter, YouTube, etc)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Para publicaciones en revistas profesionales o en el internet	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro(s) propósito(s)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Yo comprendo que TTUHSC y sus regentes, empleados, agentes y personal, que actúan en nombre de TTUHSC, no serán responsables de cualquier uso de mi nombre, información y/o imagen(es), incluyendo cualquier uso fuere lo que fuere por cualquier usuario externo o terceras personas, y por este medio, Yo libero y doy exención de responsabilidad a TTUHSC y a sus regentes, empleados, agentes y personal, que actúen en su nombre, de cualquier y toda responsabilidad por daños de cualquier clase, carácter o naturaleza que en cualquier momento pueda resultar de este Consentimiento y Permiso de Publicación autorizando el uso o difusión de acuerdo con lo anterior.**

Yo comprendo que TTUHSC será el dueño de la(s) imagen(es) de mi persona para los propósitos descritos anteriormente. Por este medio, a sabiendas y voluntariamente renuncio a cualquiera y a todo otro derecho, compensación, regalías, o pagos de cualquier clase o carácter en conexión con el uso de mi nombre, similares y/o imagen(es) tal y como se autoriza anteriormente.

Este Consentimiento y Permiso de Publicación puede ser revocado o retractado en cualquier momento, pero dicha retractación o revocación debe ser por escrito y enviado al Oficial de Privacidad Institucional de TTUHSC y/o al Oficial de Privacidad Regional del campus local. Cualquier retractación del Consentimiento no afecta cualquier información usada o publicada previo al recibo de la notificación escrita de la retractación.

Al firmar abajo, yo represento que he leído y comprendido este "Consentimiento y Permiso de Publicación para Usar Imágenes o Información" y que es vinculante a mis herederos, albaceas y representantes personales. Yo tengo 18 años de edad o más.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Nombrada Arriba

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
O Firma de la Persona y Nombre en Letra de Molde  
Del Representante Legal Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

<i>Para uso Oficial Únicamente</i>	Completado por: _____	
Fecha del evento: _____ <input type="checkbox"/> Hablante o el que habló	MR#: _____ <input type="checkbox"/> Paciente	R# (Banner): _____ <input type="checkbox"/> Facultad <input type="checkbox"/> personal <input type="checkbox"/> estudiante