



Formulario de Liberación de Fotos / Videos

Yo, _____, Doy consentimiento a la Fundación Clínica Carrell y a sus agentes y empleados el derecho irrevocable y sin restricciones de reproducir las fotografías y/o imágenes de video tomadas de mí con el propósito de publicación, promoción, ilustración, publicidad o comercio, de cualquier manera o en cualquier medio. Por la presente libero a la Fundación Clínica Carrell y a sus representantes legales para todas las reclamaciones y responsabilidades relacionadas con dichas imágenes o video. Además, doy permiso para utilizar mis declaraciones que se dieron durante una entrevista con o sin mi nombre, con fines publicitarios y publicitarios sin restricciones. Renuncio a mi derecho a cualquier compensación.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____