# Material de fotografía, video y grabaciones de audio

# AUTORIZACIÓN Y PERMISO DE DIVULGACIÓN

***Usted tiene derecho a negarse a firmar esta autorización.*** ***Su participación es voluntaria. El DSHS no puede denegarle ningún tratamiento, beneficios o trámite de pagos si usted se niega a firmar esta autorización. Si usted es un empleado del DSHS, su negativa a firmar no afectará de ninguna manera a su condición como empleado.***

En beneficio de los programas del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas, otorgo mi permiso al DSHS para que se me fotografíe y se me grabe en audio y video con el propósito de desarrollo, educación y promoción de programas. Concedo mi autorización al DSHS, y a todas las personas o corporaciones que actúen bajo el consentimiento o la autoridad del DSHS, para publicar y exhibir públicamente las fotografías y las grabaciones de audio y video que se me realicen de cualquier manera legal y legítima para los propósitos mencionados anteriormente.

Este material podrá utilizarse con fines de:

* Capacitación y educación
* Información pública
* Divulgación de noticias y promoción locales

Entiendo que los materiales producidos son propiedad exclusiva del DSHS, y por este medio renuncio a todos los derechos, títulos e intereses sobre ellos, y doy mi consentimiento al DSHS para retener, reproducir y utilizar el material según lo autorizado. Acepto liberar, descargar y eximir de toda responsabilidad al DSHS, y a todas las personas o corporaciones que actúen con el consentimiento o bajo la autoridad del DSHS, de cualquier reclamación, causa de acción y demanda en relación con el uso de mi imagen o grabaciones de audio según lo autorizado en el presente documento.

El DSHS no se hace responsable de terceras partes que no estén bajo su control y que asistan a eventos públicos y tomen fotografías o realicen grabaciones de personas que participen de forma voluntaria en eventos públicos.

## Su derecho a revocar esta autorización

En cualquier momento, usted puede negarse a ser fotografiado o a ser grabado en audio o en video. También puede revocar esta autorización. Para revocar la autorización, usted, sus padres o su tutor deben entregar una declaración escrita y firmada al departamento al que usted dio originalmente su autorización.

**Nota:** La revocación o el vencimiento de esta autorización no significa que el DSHS eliminará las fotografías o grabaciones de los materiales creados mientras la autorización estaba vigente. El DSHS hará todo lo posible para no volver a utilizar las fotografías y grabaciones de usted en los materiales creados después de que usted haya revocado esta autorización.

Declaro que tengo al menos 18 años de edad y estoy completamente capacitado para firmar esta autorización, o que soy el padre o tutor del interesado y tengo autoridad para firmar esta autorización en su nombre:

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del interesado y relación con el firmante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo del empleado del DSHS (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono:

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recibido y aceptado en nombre del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas por:

Nombre en letra de molde y Unidad