

Autorización para Tomar y Publicar Fotografías, Video y Audio

Fecha: _____

Yo, _____ ,
(Nombre – Por favor, escríbalo en letras de imprenta)

doy permiso al Minnesota Department of Health (MDH, Departamento de Salud de Minnesota) que me tome fotografías, me grabe en video o en audio y que utilice las imágenes y audio así obtenidos como parte de, o en conexión con, la producción de las publicaciones y presentaciones audiovisuales del MDH en cualquier formato o medio. Entiendo que estos materiales se utilizarán para informar y educar al público sobre los programas y actividades del MDH. Entiendo además y acepto que estas imágenes fotográficas o de video o audio se podrán ser distribuidas o visualizadas públicamente en conexión con los programas y actividades del MDH.

Renuncio además a todo derecho y toda reclamación o todo derecho de acción que pueda tener para protestar, prevenir o exigir daños y perjuicios por la divulgación, publicación o el uso de las imágenes o audio anteriores bajo la Ley de Prácticas de la Información de Minnesota (Minnesota Data Practices Act) (Leyes de Minnesota, capítulo 13) y a toda reclamación o todo derecho de acción que pueda tener basados en, que surjan de, o que estén relacionados con, la invasión de privacidad. Entiendo además que negarme a conceder dicho permiso no haría ni puede hacer que pierda ningún derecho que me corresponda por la ley.

(Testigo)

(Firma)

(Padre o tutor)

**El programa con la responsabilidad de las fotografías, la grabación en video o de audio
conservará esta forma con las firmas originales.**

Minnesota Department of Health
Unidad Jurídica del MDH (MDH Legal Unit)
PO Box 64975
St. Paul, MN 55164-0975
651-201-5742

2/1/12, reviewed 6/15/17

To obtain this information in a different format, call: 651-201-5742.