

## Autorización de publicidad

■ **Título del evento** \_\_\_\_\_

■ **Fecha** \_\_\_\_\_

Entiendo que el Condado de Multnomah puede incluir mi imagen, nombre o declaraciones con el objetivo de contar historias o informar al público sobre programas del condado.

El condado puede usar mi imagen, nombre o declaraciones en cualquier uiera de las formas siguientes:  
**Fotografías, videos, grabaciones de voz, televisión, sitios Web y/o medios sociales**

Acuerdo que:

- el Condado puede usar mi imagen, nombre o declaraciones en cualquier momento.
- el Condado puede usar mi imagen, nombre o declaraciones hasta el \_\_\_\_\_ ( fecha ).
- el Condado puede dar mi imagen, nombre o declaraciones a otro medio de comunicación para su uso.

Libero y exonero al Condado de Multnomah de cualquier litigio o demanda por daños que surjan del uso de mi nombre, imagen o declaraciones, incluyendo cualquier reclamación por difamación o invasión de privacidad. Si tengo menos de 18 años de edad, uno de mis padres o tutor legal ha firmado a mi nombre y está de acuerdo con los términos del presente documento.

■ **Nombre en letra imprenta** \_\_\_\_\_

■ **Firma** \_\_\_\_\_

■ **Nombre en letra imprenta del padre, madre o tutor legal** \_\_\_\_\_

■ **Firma del padre, madre o tutor legal** \_\_\_\_\_

■ **Teléfono** \_\_\_\_\_ ■ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

# Autorización para divulgar información de salud

■ **Nombre** \_\_\_\_\_ ■ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

## Autorizo a:

- Departamento de Salud del Condado de Multnomah
- Departamento de Justicia Comunitaria del Condado de Multnomah
- Servicios para Adultos Mayores, Personas Discapacitadas y Veteranos del Condado de Multnomah
- Discapacidades del Desarrollo del Condado de Multnomah

para que divulguen mi **nombre, dirección, número de teléfono, imagen e información sobre mi salud** a la Oficina de Comunicaciones del Condado de Multnomah con el objetivo de contar historias o informar al público sobre programas del condado.

...

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento al escribir a la oficina del condado antes mencionada. Si hago eso, el Condado de Multnomah no brindará mi información a nadie más. Una vez que el Condado haya divulgado mi información a otra parte, ustedes pueden pedirle a la otra parte que deje de usar la información, pero el condado no puede obligar a la otra parte a que deje de usar la información.

Puedo negarme a firmar este formulario y ninguna parte de mi información antes mencionada será divulgada a la oficina de comunicaciones. Este formulario no es obligatorio para recibir tratamiento, pago de tratamiento, inscripción en seguro de salud ni para elegibilidad de beneficios.

Esta autorización se vencerá 10 años después de la fecha a continuación.

Puedo pedir una copia de este formulario.

■ **Firmado** \_\_\_\_\_ ■ **Fecha** \_\_\_\_\_

Si este formulario es firmado por alguien más a nombre de otra persona ( como en el caso de alguien menor de 18 años de edad ), favor de completar los campos siguientes:

- **Nombre del representante personal ( letra imprenta )** \_\_\_\_\_
- **Relación** \_\_\_\_\_
- **Firma del representante personal** \_\_\_\_\_