

VIDEOTAPE Y FOTOGRAFÍAS LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por la presente doy mi consentimiento irrevocable y autorizo el uso y reproducción por parte de la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos (ASPS) y sus afiliados, o cualquier persona autorizada por cualquiera de ellos, de todas y cada una de las fotografías, imágenes electrónicas o imágenes de video de mí tomadas por ASPS, o que ASPS tiene en su poder, proporcionado por mí o por un tercero (colectivamente, Images) con el propósito de informar a la profesión médica y al público en general sobre cirugía plástica y procedimientos y técnicas de cirugía plástica sin compensación para mí. Dicho uso incluirá, entre otros, la distribución de las Imágenes a través de medios impresos, visuales y electrónicos, específicamente el sitio web de ASPS y los sitios de redes sociales como YouTube, Facebook y Twitter. Las imágenes (incluidos los negativos fotográficos) serán propiedad exclusiva de ASPS. ASPS también tendrá el derecho de usar mi nombre en relación con el mismo si así lo decide.

Por la presente renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar el producto terminado, fotografía, video, DVD, CD-ROM o materia que pueda ser utilizado en conjunción con el mismo o para el uso eventual que pueda ser aplicado.

Por la presente libero, doy de alta y acepto eximir de responsabilidad a ASPS y sus afiliados y sus respectivos representantes, cesionarios y empleados, y a cualquier persona que actúe bajo su permiso o autoridad, de y contra cualquier reclamo en relación con el uso de mis Imágenes y nombre y la reproducción de las mismas como se indicó anteriormente, incluyendo cualquier reclamación de pago en relación con la distribución o publicación del video y/o fotografías.

Por la presente garantizo que tengo más de veintiún años de edad y que soy competente para contratar en mi propio nombre en lo que se refiere a lo anterior.

He leído y entiendo la liberación, autorización y acuerdo anteriores, antes de firmar mi nombre a continuación, y lo entro en él a sabiendas y voluntariamente.

Fecha: _____ Nombre impreso: _____

Firma: _____

He leído la versión y autorización anterior. Soy el padre, tutor o conservatorio de _____

Estoy autorizado a firmar esta autorización en su nombre y doy esta autorización en interés de la educación pública.

Fecha: _____ Nombre impreso: _____

Firma: _____