



STATE OF ALABAMA  
 DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH  
 DONALD E. WILLIAMSON, M.D. • STATE HEALTH OFFICER

SHELBY COUNTY HEALTH DEPARTMENT

**Forma de Liberacion de Video y Fotos  
 Autorizacion para Reproducir y Utilizar Semejanza Fisica o La voz**

Yo, el sujeto suscrito o en nombre del sujeto le otorgo al Departamento de Salud Publico de Alabama el permiso para capturar y reproducir mi imagen y voz O la de mi hijo menor de edad por medios electronicos fotograficos, digitales, magneticos o otros. Esto puede ser por medio de electronicos tradicionales como fotografia, videografia, pelicula de cine, o grabacion de sonido.

Entiendo que las imagenes o las pistas de voz grabadas se pueden mostrar publicamente y ser utilizadas por el Departamento de Salud Publico de Alabama para uso publico con fines no comerciales, incluyendo pero no limitado a su uso en los medios impresos de vallas publicitarias, television, satellite o internet (transmisiones en vivo o grabadas) CD, DVD, video o otro medio magnetico o digital.

Entiendo y acepto que no voy a ser pagado o recibir ninguna compensacion por el uso de mis imagenes o pistas de voz.

Entiendo que este comunicado prosigue y no tiene fecha final.

Yo libero mantener indemne y descargo el Departamento de Salud Publico, empleados y agentes de Alabama de cualquier y toda responsabilidad que surja de O en la toma, reproduccion, procesamiento, exhibir, distribuir, publicar cualquier medio O utilizar las imagenes mencionadas y entiendo que todos los derechos sobre la voz que incluye el derecho de autor bajo las leyes de Estados Unidos, el unico adecuado es el Departamento de Salud Publico de Alabama y por lo presente renuncio a cualquier reclamo que podria tener de tales derechos.

He leído y entiendo lo anterior y renuncio y doy a este mi libre albedrio sin amenaza, la coaccion O la promesa de beneficio.

Si el sujeto es menor de 18 años de edad, soy el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_ y estoy de acuerdo con este Formulario de Autorizacion.

Nombre

Firma

Fecha