

MIDVALE CBC COMMUNITY CLINIC PHYSICAL THERAPY
MEDIA/PHOTO WAIVER / FOTOGRAFÍA RENUNCIA

(Please chose ONE option and sign / Por favor eligió una opción y firme)

___ I hereby **authorize and give my full consent** to Midvale CBC Community Clinic Physical Therapy to copyright or publish any and all photographs and/or video footage in which I appear taken during the administration of physical therapy services or other clinic-related activities, events, etc. I further agree that Midvale CBC Community Clinic Physical Therapy may transfer, use, or cause to be used, these photographs or video footage for any exhibitions, public displays, publications, commercials, art and advertising purposes, and television programs without limitations or reservations.

___ Doy por la presente el permiso para el Midvale CBC Community Clinic Terapia Física para los derechos de publicidades, publicar cualesquiera y todas las fotografías y/o imágenes de vídeo en las cuales aparezca tomado durante la administración de los servicios de la terapia física u otras actividades clínica-relacionadas, acontecimientos, etc. Estoy de acuerdo más lejos que Midvale CBC Community Clinic Terapia Física puede transferir, utilizar, o hacer ser utilizado estas fotografías o imágenes de vídeo para cualesquiera exposiciones, visualizaciones públicas, publicaciones, anuncios publicitarios, propósitos del arte y de la publicidad, y programas de televisión sin limitaciones o reservas.

or/o

___ I **do not give** my consent to Midvale CBC Community Clinic Physical Therapy to copyright, publish, transfer or otherwise use any photographs, videotapes or films in which I appear taken during the administration of physical therapy services or other clinic-related activities, events, etc.

___ No doy mi consentimiento a Midvale CBC Community Clinic Terapia Física para los derechos de publicidades, publicar, la transferencia o utiliza de otra manera cualquier fotografía, videocintas o películas en cuáles aparezco tomado durante la administración de los servicios de la terapia física o de otras actividades clínica-relacionadas, acontecimientos, etc.

X _____
Signature of Participant / Firma del participante

Name of Parent/Guardian – (If under 18) / Nombre de guarda/padre (si menor de 18)

Date / Fecha