

PHOTO/VIDEO RELEASE FORM

The undersigned hereby authorizes *LA Best Babies Network*, a program of California Hospital Medical Center, to photograph or permit other persons to photograph *(name(s): _____)* while under the care of, or participating in activities administered or attended by, the above named organization. The undersigned agrees that the above named organization may use and permit other persons to use the prints, negatives or digital files of such photographs for the purposes and manner as either may deem appropriate. The undersigned agrees the photographs may be used for purposes including, but not limited to, dissemination to organization staff, physicians, health professional and members of the public for education, treatment, research, marketing, public relations and charitable purposes, and that such dissemination may be accomplished in any manner, including on the Internet and in social media, and that such use is subject only to the following limitations.

The undersigned has entered into this agreement in order to assist *LA Best Babies Network* project implementation, scientific treatment, education, public relations and charitable goals, and hereby waives any right to compensation for these uses by reason of the foregoing authorizations, and the undersigned and his or her successors or assigns hereby hold the organization and its successors and assigns harmless from and against any claim for injury or compensation resulting from the activities authorized by this agreement.

The term "photograph" as used in the foregoing agreement, shall mean motion picture or still photography in any format, as well as videotape, video disk and any other mechanical means of recording and reproducing images. The "photograph" is and will remain property of the above named organization.

The undersigned may revoke this authorization at any time, but such revocation must be in writing and received by *LA Best Babies Network* via registered mail. Revocation affects disclosure moving forward and is not retroactive. This authorization expires 99 years from date signed.

Date:

Print Name:

Signature:

Time:

Witness:

AUTORIZACIÓN PARA FOTO/VIDEO

El suscrito autoriza al programa de *LA Best Babies Network*, del California Hospital Medical Center, para fotografiar o permitir a otras personas que fotografíen a (nombre(s): _____) mientras esté bajo el cuidado de o esté participando en las actividades administradas o atendidas por, la organización mencionada anteriormente. El suscrito está de acuerdo en que la organización mencionada anteriormente puede usar y permite que otras personas usen los impresos, negativos o archivos digitales de dichas fotografías para los fines y maneras que consideren apropiados. El suscrito está de acuerdo en que las fotografías pueden ser usadas para fines que incluyan, pero no están limitadas a, la divulgación entre el personal de la organización, médicos, profesionales de la salud y miembros del público para educación, tratamiento, investigación, mercadotecnia, relaciones públicas y fines caritativos y que dicha divulgación puede ser lograda de cualquier manera, incluyendo en la Internet y en medios sociales, y que dicho uso está sujeto únicamente a las siguientes limitaciones.

El suscrito participa en este acuerdo para ayudar a la implementación del proyecto de *LA Best Babies Network*, al tratamiento científico, educación, relaciones públicas y metas caritativas, y por el presente renuncia a su derecho a recibir compensación por estos usos por la razón de las autorizaciones anteriores, y a través de la presente, el suscrito y sus sucesores o asignados mantienen libre de daños a la organización y a sus sucesores y asignados por y contra cualquier reclamo por daños o compensación que resultara de las actividades autorizadas por este acuerdo.

El término “fotografía”, como se usa en el presente acuerdo, significará película o fotografía fija en cualquier formato, así como videotape, video disk y cualquier otro medio mecánico de grabación y reproducción de imágenes. La “fotografía” es y permanecerá como propiedad de las organizaciones anteriormente mencionadas.

Los abajo firmantes pueden anular esta autorización en cualquier momento, pero tal anulación debe ser por escrito y *LA Best Babies Network* debe recibirla vía correo registrado. La anulación afecta la divulgación de información desde ese momento y no es retroactiva. Esta autorización expira 99 años a partir de la fecha en que se firma.

Fecha:

Nombre:

Firma:

Hora:

Testigo:
