

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Photograph/Videotaping/Filming Consent Form

Carolina Family Health Centers, Inc. reconoce la necesidad de garantizar el bienestar y la seguridad de todas las personas que participan en cualquier actividad asociada con nuestra organización.

No permitiremos que se tomen fotografías, videos u otras imágenes de personas sin su consentimiento. Solicitamos su consentimiento para tomar fotografías y / o videos del evento o actividad que pueda contener imágenes de usted y / o su (s) hijo (s). Es probable que estas imágenes puedan ser utilizadas como:

- registro de la actividad o del evento
- material publicitario para otras actividades o eventos en folletos / sitios web / revistas
- ilustraciones de las actividades o eventos en artículos publicados.
- futuras solicitudes de subvención
- capacitación y educación del personal y los estudiantes.

Si se toma una fotografía y / o un video para monitorear el tratamiento, la fotografía se mantendrá confidencial y no se utilizará para los fines mencionados anteriormente. CFHC, Inc. tomará todas las medidas para garantizar que estas imágenes se usen únicamente para los fines a los que están destinadas.

Si se da cuenta de que estas imágenes se están utilizando de manera inadecuada, debe informar a CFHC, Inc. de inmediato.

Por la presente doy mi permiso a Carolina Family Health Centers, Inc. para que tome fotografías y / o videos de mí y / o de mi (s) hijo (s). Renuncio a todos los derechos sobre estas fotografías y / o videos. Doy mi permiso para que las fotografías y / o videos se publiquen o distribuyan públicamente si es necesario con fines de promoción, educación y capacitación. Entiendo que mi nombre, número de teléfono y dirección son solo para los registros de CFHC, Inc., y mi información personal no se divulgará a nadie sin mi permiso.

Por favor marque la casilla correspondiente:

Tratamiento Promoción/Publicación Educación/Entrenamiento

Nombre del Evento: _____ Fecha: _____

Nombre de la(s) persona(s) fotografiada: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Firma del Padre/ Madre/ Tutor Legal o Participante: _____ Fecha: _____

Nombre del Testigo: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____