Note: This has been approved by FDOH central office for use by county PIOs during a public health incident. Please be sure to add appropriate letterhead before distributing.

**PERMISO Y DIVULGACIÓN**

Autorizo al Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health, DOH) para grabar el aspecto, la apariencia física y/o la voz en cinta de video, en película o un disco de video digital y/o para tomar fotografías de la aparición de (nombre de la persona en letra de molde) , de edad (si es menor de edad) , y para entregar estas imágenes a los medios de comunicación, usarlas para publicación en la Intranet del DOH o en Internet, usarlas en las publicaciones internas o externas o usarlas de cualquier otra manera que los empleados del DOH consideren adecuada para dar a conocer en el DOH, sus programas y actividades, sus empleados o, de otra manera, para cumplir la misión del DOH.

Reconozco que el DOH es el único propietario de todos los derechos, y de esta producción visual y/o de sonido o fotografías y de las grabaciones pertinentes, y que tiene el derecho de usar o reproducir las imágenes y/o sonido resultantes con la frecuencia que lo considere necesario. El video y/o las fotografías se pueden usar indefinidamente por televisión, radio, periódicos, revistas, boletines, folletos, Internet, Intranet o en otros medios una vez que se hayan liberado.

El DOH tiene el derecho, entre otras cosas, de editar y/o de otra manera alterar la grabación visual o de sonido o fotografías, según sea necesario. Entiendo que no voy a recibir compensación por la aparición de la persona antes mencionada ni por la participación en dichas producciones. Acepto liberar de toda responsabilidad al DOH, sus empleados y otras partes, respecto de cualquier reclamo, responsabilidad, pérdida o daño causado por o que surja de mi participación en esta producción.

Firma del sujeto, padre edad Testigo (nombre en letra de molde)

 o tutor legal (si es menor de edad)

Relación con el mencionado anteriormente edad Firma del testigo

Dirección de la persona, padre o tutor legal Fecha

Ciudad, estado, código postal

Número de teléfono

[ ]  Yo estoy revocando este consentimiento para uso en el Internet o Intranet

 Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que se hará todo lo posible para retirar el artículo del sitio dentro de un plazo razonable. También entiendo que este archivo puede haber sido copiado sin permiso y estoy de acuerdo con liberar de toda responsabilidad al Departamento de Salud en los casos de estas violaciones. El Departamento de Salud acuerda retirar del sitio tantas copias del artículo como sea posible; sin embargo, si se ubica una copia dentro del sitio después del hecho, puedo proporcionar la URL escrita, la dirección, la ubicación u otra información adecuada para eliminarla.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Firma del padre o tutor legal requerido si la persona antes mencionada es menor de 18