



Pay it Forward
networking

Consentimiento Video y Fotografía

Nombre: _____

Fecha: _____

"Imágenes audio/visuales" incluyen cualquier tipo de grabación, incluyendo pero sin limitarse a fotografías, imágenes digitales, dibujos, voces, grabaciones de sonido o vídeo, clips de audio o acompañamiento de descripciones escritas.

Estoy de acuerdo en que Pay it Forward Networking puede utilizar imágenes visuales/audio de cualquier manera o medios, sin previa notificación. Estas imágenes pudieran ser utilizadas para fines educativos, promocionales, publicitarios y comerciales, en cualquier formato, incluyendo pero no limitado a; cinta de video, audio, película, fotografía, televisión, radio, digital, Internet, teatro, o exposición. Estas imágenes también pueden aparecer en sitios Web patrocinados por la compañía, y en publicaciones, promociones, difusiones, anuncios, carteles y diapositivas teatrales.

Yo renuncio a cualquier derecho a inspeccionar o aprobar las imágenes finales o cualquier material impreso o electrónico que pueda ser usado con ellos, o a ser compensado por ello. Entiendo que no voy a recibir ninguna compensación monetaria o de cualquier tipo de compensación independientemente de si dicho proyecto es publicado o no.

Yo relevo a Pay It Forward Networking y aquellos que actúen de conformidad con su autoridad de cualquier responsabilidad por cualquier violación de cualquier derecho personal o de propiedad que yo pueda tener en relación con dicha grabación o uso.

Por este medio consiento libremente y voluntariamente al uso y la publicación de las imágenes por Pay it Forward Networking desde esta fecha y en adelante hasta que yo revoque este consentimiento por escrito:

Firma del Destinatario: _____

Fecha: _____

Firma del Ejecutivo: _____

Fecha: _____

(Si el recipiente es menor de 18 años)

Yo No estoy de acuerdo con el uso y la publicación de ninguna imagen por Pay it Forward Networking desde esta fecha hacia adelante hasta que yo dé mi consentimiento por escrito:

Firma del Destinatario: _____

Fecha: _____

Firma del Ejecutivo: _____

Fecha: _____

(Si el recipiente es menor de 18 años)

Forma de Nominación

Nombre Completo del Niño

Edad del Niño:

Cumpleaños del Niño:

Enfermedad del Niño**

Médico del Niño

Nombre:

Teléfono:

Médico del Niño

Dirección

3 Wishes

1)

2)

3)

Pasatiempos/Intereses

Color Favorito

Tamaño de Camiseta

Equipo Favorito

Personaje Favorito de Película:

Nombre de la Escuela

Grado Escolar:

Padre/Guardián Legal

Nombre:

Número de Teléfono

Dirección Guardián

Correo Electrónico del
Guardián

¿Alguna vez se te ha concedido un deseo por cualquier otra organización? Circule Uno: YES NO

Al firmar usted le da permiso a PIFN para revisar esta información y publicar el deseo de su hijo y las fotos. Usted entiende que PIFN no puede garantizar que todos los deseos enumerados serán concedidos.

Firma Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

**** Por favor, adjunte una declaración firmada del médico del niño, con el membrete del médico, explicando el diagnóstico del niño**

Envíe esta solicitud junto con la declaración del médico a: wishes@payitforwardnetworking.com o por correo a 4809 Hazel Jones Road, Bossier City, LA 71111

Relevo de Información Médica (HIPAA)

Nombre:

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Relevo de Información

Yo, [_____], autorizo el relevo de información incluyendo my diagnóstico y expediente médico a Pay It Forward Networking

O

[] Mi información no será compartida con nadie.

El relevo de información se mantendrá en efecto hasta que yo lo revoque o lo termine por escrito.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Guardián (Si es menor de 18) _____ Fecha: ____/____/____

Escriba Nombre del Guardián: _____