



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LOS MEDIOS DE ATLANTA PEDIATRIC PARTNERS

Yo, \_\_\_\_\_ Otorgo permiso y doy mi consentimiento para permitir que Atlanta Pediatric Partners utilice \_\_\_\_\_ Para el uso de las siguientes fotografías, videos o imágenes de medios electrónicos en plataformas de redes sociales y el sitio web de nuestra empresa.

Revocación (marque una)

Entiendo que mi autorización debajo de la(s) fotografía(s) y/o video(s) nunca podrá ser revocada.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando \_\_\_\_\_ en escrito. La revocación no afectará ninguna acción tomada antes de la recepción de esta notificación por escrito. Las imágenes y/o videos se almacenarán en un lugar seguro y solo el personal autorizado tendrá acceso a ellos. Se conservarán mientras sean pertinentes y pasado ese tiempo se destruirán o eliminarán.

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_