



FLASHES *of* HOPE

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE MENORES DE EDAD

Nombre el MENOR (solamente): \_\_\_\_\_ Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

En mi nombre y en el del menor antes mencionado autorizo a Flashes of Hope cuya firma aparece más abajo, para crear imágenes fotográficas de dicho menor.

Autorizo a Flashes of Hope, Inc. para publicar la(s) fotografía(s) del menor de edad en los materiales promocionales para promover la meta de esta asociación sin fines de lucro de mejorar la autoestima de los menores que sufren de cáncer y otras enfermedades. Doy mi autorización por este medio para que las fotografías del menor puedan ser:

- (1) publicadas en folletos, hojas informativas, diarios y en otros materiales impresos;
- (2) publicadas en el sitio Web de Flashes of Hope, o que se tenga acceso a las mismas en Internet/World Wide Web; y/o
- (3) publicadas en otros medios visuales de comunicación que incluyen carteleras y videos o segmentos promocionales de televisión pero sin limitarse a ellos.

También autorizo a Flashes of Hope, Inc. para que incluya el nombre de pila del menor junto con las fotografías que se publiquen. Entiendo también que bajo ninguna circunstancia serán publicados junto con las fotografías: (1) el apellido del menor; (2) el domicilio; (3) la dirección de correo electrónico; (4) el número de teléfono. Si, por alguna razón, Flashes of Hope desea publicar el nombre de pila y apellido junto con una fotografía tendrá que solicitar y obtener autorización por separado.

Entiendo que el fotógrafo de Flashes of Hope y yo tendremos derechos iguales como copropietarios de los derechos de autor con respecto a todas las fotografías y que a ambos se nos permitirá utilizar las fotografías en términos generales de la manera descrita en este formulario. Firmo con la condición de que al fotógrafo se le restrinja la explotación comercial y otros usos de las fotografías, salvo los autorizados en este documento. Por consiguiente, autorizo por este medio al fotógrafo para que utilice las fotografías en sus propios muestrarios impresos y electrónicos incluyendo un sitio Web de su propiedad y bajo su control para su promoción personal. No autorizo al fotógrafo para emplear las fotografías en ningún uso comercial u otros usos. Puesto que como contraprestación el fotógrafo me permite compartir en los derechos de autor puedo utilizar las fotografías con fines personales únicamente y no comerciales. Puesto que Flashes of Hope es una institución sin fines de lucro, convengo que mi uso personal no incluirá las ventas o la utilización de las fotografías con fines comerciales.

Entiendo que la autorización que le concedo a Flashes of Hope para la publicación de las fotografías y/o el nombre de pila de mi menor en los diferentes medios descritos aquí arriba (v.g. medios impresos, Internet y otros medios visuales) y al fotógrafo para su promoción personal descrita anteriormente continuará de manera indefinida hasta que yo revoque dicho consentimiento por escrito. Dicha revocación deberá ser enviada a: Flashes of Hope, 36 S. Franklin St., Chagrin Falls, OH, 44022, y entrará en vigencia a partir del momento en que sea recibida por Flashes of Hope y el fotógrafo. Sin embargo, con respecto a cualquier publicación que haya sido autorizada antes de que se reciba la revocación de autorización pero que aún no haya sido publicada, si Flashes of Hope y el fotógrafo tienen el control sobre la publicación, ellos deberán tratar de detenerla pero no serán responsables si no logran hacerlo y las fotografías llegan a ser publicadas.

Entiendo que al firmar este formulario de autorización estoy renunciando a todo derecho que pueda tener de no revelar la enfermedad del menor ya que la incapacidad de mi menor podría ser evidente en la fotografía o surgir de la naturaleza de cualquier otro material informativo que se publique junto con la fotografía.

Convengo además en eximir de responsabilidad e indemnizar a Flashes of Hope, Inc., su Mesa Directiva, sus miembros, sus empleados, sus agentes y sus voluntarios de cualquier reclamo, demanda, o procedimiento legal que pudiera resultar de la publicación de dichas fotografías y la información que se adunte a las mismas.

Nombre del Padre o Madre /Tutor (en letra imprenta por favor): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Madre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_