



Consentimiento de divulgación en los medios

Persona nombrada: _____

Menor de 18 (marcar una): Sí____ No____

Proyecto: _____

Por la presente, autorizo al Departamento de Salud o a sus representantes autorizados a editar, copiar, exhibir, distribuir o publicar en papel, a través de plataformas digitales o producciones grabadas en video/audio, incluso por internet, este material para publicitar el proyecto mencionado anteriormente y las actividades del Departamento de Salud de Maryland, sin límites ni reservas. Acepto que no recibiré ninguna compensación por el uso de estos medios.

La presente es una exención completa de todas las reclamaciones que yo o mis herederos, albaceas, administradores o cesionarios tengamos ahora o en el futuro contra el estado de Maryland, el Departamento de Salud de Maryland o sus empleados, en relación con cualquier uso que puedan hacer de dicho material impreso o publicado digitalmente, producciones grabadas en video/audio u otros medios.

He leído este documento en su totalidad, comprendo su contenido y acepto voluntariamente las condiciones anteriores.

FIRME EN LA LÍNEA QUE CORRESPONDE.

Firma y dirección de correo electrónico de la persona nombrada

Firma y dirección de correo electrónico de los padres/el tutor (si la persona nombrada es menor de 18)

Testigo

Fecha