

## Liberación Fotográfica

Por una buena y valiosa consideración, como recibo de mi conocimiento, yo, \_\_\_\_\_, autorizo a Treehouse Health, LLC y el subsidiario (colectivamente "Treehouse Eyes") permiso para usar mi imagen en una fotografía para los siguientes tipos de publicaciones: comunicados de relaciones públicas, sitio web y redes sociales. Treehouse Eyes se compromete a no publicar ninguna información personal (nombre, dirección, edad, número de teléfono) asociado con las imágenes. Entiendo y acepto que cualquier fotografía con mi imagen se convertirá en propiedad de Treehouse Eyes sin devolución.

Reconozco que mi participación en Treehouse Eyes es voluntaria y no recibiré ninguna compensación económica. Autorizo irrevocablemente a Treehouse Eyes a editar, alterar, copiar, exhibir, publicar o distribuir esta foto para propósitos identificados para promover Treehouse Eyes o para cualquier otro propósito legal relacionado. Además, renuncié al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluida la copia escrita o electrónica, en la que mi aparece la semejanza. Renuncio a cualquier derecho a regalías u otras compensaciones que surjan o estén relacionados con el uso de la fotografía.

Por lo presente me mantengo inofensivo y libero y descargo para siempre a Treehouse Eyes de todo reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores, o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tiene o puede tener en razón de esta autorización.

Nombre: \_\_\_\_\_

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

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

*Firma del paciente si es mayor de edad*

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

*Firma del tutor si el paciente es menor de 18 años*

Los padre se negaron a firmar la autorización \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

Iniciales del testigo