

VOSH recommends that the following be posted prominently at the clinic registration desk and also the registrant be orally advised of the contents

Formulario de liberación de responsabilidad por Uso de Fotografía y Video

Clínica VOSH- _____
Ubicación: _____
Fecha(s): _____

Entiendo que, como participante en esta clínica, yo y/o mi hijo/a menor de edad pueden ser fotografiados o grabados en video. Acepto que VOSH y/o sus representantes puedan editar, exhibir, publicar o distribuir mi imagen y renuncio a mi derecho de aprobar el producto terminado conteniendo mi imagen o la de mi hijo/a. También renuncio a cualquier derecho de compensación que surja o esté relacionado con el uso de mi imagen o grabación. Libero de cualquier reclamo que surja contra cualquier persona u organización que utilice este material con fines educativos, promocionales u otros fines razonables.

Si no está de acuerdo con lo anterior, avísenos durante el registro y anotará su tarjeta de registro. Gracias.

Release Form for Use of Photography and Video

Clinic hosted by VOSH- _____
Location: _____
Date(s): _____

I understand that, as a participant in this clinic, I and / or my minor child may be photographed or videotaped. I agree that VOSH and / or its representatives may edit, display, publish or distribute my image and I waive my right to approve the finished product containing my or my child's image. I also waive any right to compensation that arises or is related to the use of my image or recording. I release from any claim that arises against any person or organization that uses this material for educational, promotional or other reasonable purposes.

If you do not agree with the above, please let us know during registration and will notate your registration card. Thank you.