DSHS
WASHINGTON STATE Department of Social and Health Services

Permiso para video y fotografías
Video / Photo Release

Fecha
Nombre del Fotógrafo

Yo, _____, por este medio autorizo y consiento al uso de mi imagen
Nombre en Letra de Molde
(fotografía o video) por parte del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington para:

☐ Usos generales apropiados.

☐ Este uso específico:

Concedo este consentimiento sin intención de solicitar un pago.

Firma	Fecha
Número de Teléfono (Incluya el Código de Área)	Dirección de Correo Electrónico

Si el sujeto es un menor de edad o un adulto que tiene un tutor legal, uno de los padres o el tutor <u>debe</u> contestar la siguiente sección.

Nombre del Tutor en Letra de Molde	Número de Teléfono (Incluya el Código de Área)
Firma	Fecha