

# Permiso para fotografías 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	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 debe contestar la siguiente sección.**

NOMBRE DEL TUTOR EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
FIRMA	FECHA