

Patient Photo, Video and/or Testimony Release Agreement

I am a patient (or parent or guardian of a patient) of Community Health Care. By signing below, I give permission for photos, videos and/or testimonies (patient stories or statements) to be taken of my child and/or me for the purpose of marketing and development by Community Health Care to promote its programs of service to community residents. I understand that the photo, video and/or testimony will be stored in a confidential way to protect my privacy. If for any reason I choose not to permit photography, video recording, audio recording, text versions of my testimony, and posting of the same, or if I choose to have the recording turned off at any time, this will not affect my care at Community Health Care in any way. I understand and give permission for my child's and/or my likeness in photo and/or video, and/or my testimony to be used and distributed in print materials, social media and online content as marked below. This release is in effect until cancelled in writing.

I give permission for CHC to use:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> My photo/video recordings | <input type="checkbox"/> My testimony |
| <input type="checkbox"/> My child's photo/video recordings | <input type="checkbox"/> My child's testimony |

I agree to have my child's name listed: Yes No

Child's Name may be listed this way: _____

I agree to have my name listed: Yes No

My name may be listed this way: _____

Patient Name: _____ **DOB:** _____
please print

Patient Signature: _____ **Date:** _____
parent/guardian signature if patient is a child

Patient Address: _____

Date photo/video/testimony taken: _____

Location photo/video/testimony taken: _____

Names of other persons in photo/video/testimony, if any: _____

Name of photographer/videographer/interviewer: _____

Witness signature: _____ **Date:** _____

This form contains potential Protected Health Information, sending this form via email or website can potentially compromise the identifying information. Patients should be aware of this potential risk before choosing to send this completed form using web or email.

Acuerdo de Divulgación de Fotos, Video y/o Testimonio del Paciente.

Yo soy paciente (o padre/tutor de un paciente) de Community Health Care. Al firmar abajo, otorgo permiso para que se tomen fotos, videos y/o testimonios de mi hijo(a) y/o míos, para el propósito de mercadotecnia y desarrollo para promover programas de servicio de Community Health Care para los residentes de la comunidad. Entiendo que la foto, video y/o testimonio se guardarán de una manera confidencial para proteger mi privacidad. Si por alguna razón, escojo no permitir fotografía, grabación de video o grabación de audio y publicación de mi testimonio, o, si escojo terminar la grabación en cualquier momento, esto no afectará mi cuidado en Community Health Care (CHC) de ninguna manera. Entiendo y doy permiso para que mi imagen o la de mi hijo(a) en foto y/o video, y/o mi testimonio para ser utilizado y publicado en materiales impresos, redes sociales y contenido del internet, como se menciona a continuación. Este acuerdo tomará efecto hasta que se cancele por escrito.

Le doy permiso a CHC para utilizar:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mi Fotografía/Grabacion de Video | <input type="checkbox"/> Mi Testimonio |
| <input type="checkbox"/> Fotografía/ Grabación de video de mi hijo(a) | <input type="checkbox"/> Testimonio de mi Hijo (a) |

Estoy de acuerdo que incluyan el nombre de mi hijo(a): Sí No

El nombre del niño puede escribirse de la siguiente manera: _____

Estoy de acuerdo en incluir mi nombre Sí No

Mi nombre puede escribirse de esta manera: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Letra molde por favor

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____
Firma del Padre/Tutor si el paciente es un menor

Dirección del Paciente: _____

Fecha en que la fotografía /el video/el testimonio se tomó: _____

Lugar en que la fotografía/el video/ el testimonio se tomó: _____

Nombres de otras personas en la fotografía/el video, si las hay: _____

Nombre del fotógrafo/camarógrafo/entrevistador : _____

Firma de testigo: _____ **Fecha:** _____

Este formulario contiene Información de Salud Protegida potencial, el envío de este formulario por correo electrónico o sitio web puede comprometer potencialmente la información de identificación. Los pacientes deben conocer este riesgo potencial antes de elegir enviar este formulario completo por Internet o por correo electrónico.

Community Health Care
1148 Broadway, Suite 100
Tacoma, WA 98402-3518