



## ADULT - Photo or Video Release Consent Form

To Whom It May Concern:

I hereby give my permission to Jennifer Lopez Dental to use the photograph or film of me for the purpose of Dental Educational Purposes/ Social Media. I hereby waive all rights to this photograph and or film and give my permission for these images to be published or distributed publicly. I understand that my name, telephone number and address are for \_\_\_\_\_'s records only, and that my name and personal information will not be released to anyone else without my permission.

Signature:

\_\_\_\_\_

Printed Name

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

.....

## ADULTO - Autorización para utilizar mi imagen en fotografía o video

A quien corresponda:

Por medio de la presente otorgo mi autorización a Jennifer Lopez Dental para usar mi fotografía o video con el propósito de: Educacion/Media Social. Por este conducto concedo todos los derechos de esta fotografía o video y doy mi permiso para que estas imágenes sean publicadas o distribuidas públicamente. Es de mi conocimiento que mi nombre, número telefónico y dirección son únicamente para el expediente de \_\_\_\_\_, y que mi nombre e información personal no serán dados a conocer a ninguna persona sin mi permiso.

Firma:

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_