

KAISER PERMANENTE (“KP”)
Acuerdo de revelación de talento y consentimiento
— Usar con miembros, empleados, médicos de KP, no miembros, modelos
profesionales, otros

Fecha _____

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta) a cambio de la valiosa consideración* que he recibido, por la presente doy mi consentimiento irrevocable para el uso sin restricciones de lo siguiente (marcar solamente los materiales que corresponda) por parte de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Kaiser Foundation Hospitals, the Permanente Medical Groups y cada una de sus afiliadas o subsidiarias y sus respectivos directores, funcionarios, empleados, agentes, clientes, sucesores y representantes (en conjunto, “KP”):

- Fotografías/grabaciones en vídeo:** todas las fotografías y/o grabaciones en video que se hayan tomado de mi persona y todas las imágenes generadas de dichas grabaciones (en adelante, en conjunto "imágenes").
- Grabaciones de audio:** todas las grabaciones de audio que se hayan hecho de mi voz y todas las grabaciones generadas a partir de dichas grabaciones.
- Nombre/declaraciones:** mi nombre y toda declaración o cita que haya proporcionado (ya sean textuales o parafraseadas, con o sin ampliaciones).
- Mis obras de arte personales, fotos u otras obras creativas:** pinturas, canciones, narraciones, videos, fotografías u otras obras creativas originales (“obras creativas”) que yo haya creado y presentado para que KP utilice. Describa brevemente las obras creativas a continuación:

Soy: (Marque todas las opciones que corresponda)

- miembro de KP empleado de KFHP o KFH
- empleado o socio de Permanente Medical Group
- Otro (especifique)** _____

Alcance del consentimiento KP puede usar mi nombre, imágenes, grabaciones de audio, declaraciones que haya hecho según se indica anteriormente, para todo fin, incluido, entre otros, el uso en materiales promocionales, materiales de educación para la salud, relaciones públicas, capacitación profesional y arte y en todos los medios, incluidos medios electrónicos, digitales, de Internet e impresos, sin que se me otorgue otra compensación. Certifico que no soy menor de edad y que doy mi consentimiento voluntariamente y en plena capacidad. (Si la persona es menor de edad, uno de los padres o el tutor debe llenar la sección pertinente a continuación).

Plazo El plazo de este consentimiento será de quince (15) años a partir de mi firma a continuación.

SOLO PARA MÉDICOS DE KAISER PERMANENTE: Si finaliza su relación profesional con un PMG, KP puede continuar usando su nombre, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones (según se hayan revelado anteriormente) más allá de la fecha de finalización. Sin embargo, si usted notifica a KP por escrito que su relación ha finalizado y solicita que deje de utilizar sus nombre, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones, todo material impreso que corresponda se usará solamente

KAISER PERMANENTE (“KP”)
Acuerdo de revelación de talento y consentimiento
— Usar con miembros, empleados, médicos de KP, no miembros, modelos
profesionales, otros

hasta que se haya agotado el inventario existente y los anuncios de televisión o de radio o materiales similares de alto perfil podrán usarse en tanto se hayan creado para utilizarse en el momento de su creación. Dicha notificación debe enviarse a Kaiser Permanent Brand Management, 393 E. Walnut St. (Parsons East Annex), Pasadena, CA 91188.

***La palabra “consideración” significa todo lo que haya recibido de KP a cambio de su participación, ya sea una tarjeta de regalo o sencillamente la diversión de haber participado en una de nuestras actividades.**

Renuncia. Renuncio a todo derecho a aprobar: 1) la versión final de las fotografías, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones que haya hecho y de todo material de comercialización u otro material impreso, de video o digital que pueda usarse en relación con mi nombre, imágenes, grabaciones de audio, declaraciones y/o obras creativas; 2) el uso en el futuro de cualquiera de los materiales mencionados. Reconozco que KP posee todos los derechos sobre las fotografías, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones que yo haya hecho y renuncio a toda reclamación que tenga o pueda tener relacionada con su uso de las fotografías, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones o de toda obra que se derive del mismo.

Exoneración. Por la presente libero y eximo de responsabilidad a KP de todo daño y responsabilidad civil que pueda surgir de o en relación con el uso de mi nombre, imágenes, grabaciones de audio y/o declaraciones.

Totalidad del acuerdo Este acuerdo constituye el único acuerdo entre KP y yo con respecto a mi participación en este proyecto y no recorro a ningún otro documento oral o por escrito que haya emitido KP.

Nombre de la persona			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Firma		Fecha	

Si la persona es menor de edad, uno de los padres o el tutor debe llenar lo siguiente:

Yo, el abajo firmante, como padre/madre/tutor del menor de edad cuyo nombre aparece anteriormente, por el presente doy mi consentimiento a las condiciones antes mencionadas y doy fe de que tengo la autoridad para otorgar dicho consentimiento.

Nombre y fecha de nacimiento del menor de edad			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	
Firma _____		Fecha	