



Cooper Norcross Health  
Communications and Marketing Department  
1 Federal Street, Camden, NJ 08103  
Phone: 856.382.6463 Fax: 856.382.6499

**Consentimiento de Comercialización y Formulario de liberación**  
**ACUERDO PARA EL USO DE FOTO, VIDEO, AUDIO Y/O ENTREVISTA**

Yo, (paciente /individuo - *por favor imprima el nombre*) \_\_\_\_\_, otorgo a The Cooper Health System ("Cooper Norcross Health"), sus afiliados, agentes y aquellos autorizados por Cooper Norcross Health, el derecho irrevocable de grabar, fotografiar, publicar, transmitir, emitir, distribuir, digitalizar, editar, reproducir y usar mi nombre, imagen, semejanza, voz, información biográfica, video, fotografía, entrevista y cualquier declaración, incluida información de salud personal con respecto a cualquier enfermedad, lesión o tratamiento en Cooper Norcross Health (denominados colectivamente la "Grabación"). Estos materiales se pueden utilizar en cualquier medio actualmente conocido o desarrollado en el futuro (por ejemplo, medios impresos, televisión, radio, redes sociales, sitios web y otras plataformas digitales) para comercialización, publicidad, relaciones públicas u otros fines promocionales, sin limitación, en todo el mundo y de forma indefinida.

Entiendo que no recibiré compensación por el uso de la Grabación y renuncio a cualquier derecho a regalías o revisión/aprobación de los materiales finales. Libero a Cooper Norcross Health y sus afiliados de cualquier reclamo, incluida difamación, violaciones de privacidad o infracción de derechos relacionados con el uso de la Grabación.

Yo reconozco que esta autorización y divulgación no tienen fecha de vencimiento, pero puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando al Departamento de Comunicaciones y Comercialización de Cooper Norcross Health, pero Cooper Norcross Health aún puede usar o divulgar mi información, incluida mi información de salud, si ya se ha utilizado o divulgado sobre la base de esta autorización. Además, entiendo que no tendré la opción de revisar o aprobar materiales antes de su uso o publicación, y que otros medios de comunicación podrán reimprimir o retransmitir la grabación después de su publicación.

Este Acuerdo se rige por las leyes de New Jersey y es vinculante para mí, mis herederos y representantes legales. Confirmo que soy mayor de 18 años y que he leído y entiendo completamente los términos de este Acuerdo (o que mi padre/representante legal ha leído y firmado en mi nombre).

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona que da su consentimiento      Firma del Representante Legal del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma      Fecha(s) de grabación

*Para uso exclusivo de Cooper Norcross Health Comunicaciones y Comercialización:*

*For Cooper Norcross Health Communications and Marketing Use Only:*

Marketing/event description: \_\_\_\_\_

Location/facility: \_\_\_\_\_

Person/organization taking photo/audio/video: \_\_\_\_\_

Identifying elements (e.g., woman wearing pink shirt, nurse with glasses, outside on steps, etc.): \_\_\_\_\_