**Autorización de reproducción de imagen fotográfica, audio y/o video**

Por la presente yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con documento de identidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_expedido por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en representación de (nombre del niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), para que reproduzca la imagen, retrato y/o voz de (nombre del niño), ya sea registrado en audio, video y/o fotografía.

Reconozco que esta autorización no supone pago ni retribución incluyendo regalías u otra compensación resultante del uso de su imagen, retrato y/o voz o relacionada con ellas.

Tengo conocimiento de que la imagen de (nombre del niño) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_puede editarse, copiarse, exhibirse, publicarse o distribuirse, sin que tenga derecho a examinar o autorizar la reproducción del producto final en que aparezcan su imagen, retrato y/o voz.

Entiendo que con la firma de esta autorización los registros fotográficos y/o las grabaciones de video en que aparece la imagen y/o voz de (nombre del niño) pueden difundirse y/o reproducirse por varios medios incluyendo el electrónico.

La presente autorización no tiene fecha de expiración ni se restringe a límite geográfico alguno en cuanto a la distribución y/ reproducción de estos materiales.

Por medio de la firma de esta Autorización reconozco que he leído íntegramente y entendido plenamente la autorización anterior y conciente de las repercusiones legales acepto atenerme a ellas.

Firma:

Fecha: