

**CONSENT FOR RELEASE OF PHOTOGRAPHS, VIDEO
FOOTAGE, AND CONFIDENTIAL INFORMATION
BY VISTA COMMUNITY CLINIC**

I, _____ (*name of participant/patient/client/member*), authorize the Vista Community Clinic and its agents, employees, or independent contractors, to use the photographs, testimony and/or video footage taken of me in promotional, instructional, or educational projects that show how the programs of the Vista Community Clinic help people throughout its service area. I understand that the projects may be distributed to governmental agencies, corporate or individual donors, foundations, and the public in general, and may include, but are not limited to: videos, newsletters, websites, reports, brochures, press releases, presentations, exhibits, displays, PowerPoint presentations, social media activity, annual reports, applications, fund-raising activities, and appeal letters. I understand that this information may be used in Social Media sites and that once posted on the internet, it is almost impossible to recall.

If I am a participant in an alcohol or drug abuse program, I know that federal regulations (*“Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R., part 2”*) prohibit disclosure of participation in such programs unless I consent in writing to that disclosure. I hereby waive that confidentiality for the purposes stated in this form and consent to the disclosure of my participation in the Vista Community Clinic’s programs.

I certify that **I am/am not (*circle one*) over the age of eighteen (18) years.** I understand that, if I am not over the age of eighteen (18) years or an emancipated minor, this consent must be signed by my parent, guardian, or other authorized representative.

Dated: _____

Signature of Participant

Date of Birth of Participant

I certify and represent that I am the parent, guardian, or authorized representative of the above-identified minor participant and I also consent to the use of said photographs and/or video footage.

Dated: _____

*Signature of Parent, Guardian
or Authorized Representative*

Date of Birth of Participant

*Vista Community Clinic
(760) 631-5000*

*1000 Vale Terrace
Vista, CA 92084*

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE FOTOGRAFÍAS, VIDEO E INFORMACIÓN CONFIDENCIAL POR PARTE DE LA CLÍNICA DE LA COMUNIDAD DE VISTA

Yo, _____ (*nombre del participante/paciente/cliente*), autorizo a la Clínica de la Comunidad de Vista y a sus agentes, empleados o contratistas independientes, a que usen fotografías, testimonios y/o videos que me hayan tomado participando en proyectos educativos, instructivos o promocionales que demuestran como los programas de la Clínica de la Comunidad de Vista ayudan a las personas a través del area de servicio. Entiendo que los proyectos pueden ser distribuidos a las agencias gubernamentales, donantes privados o corporativos, fundaciones, y al público en general, y pueden incluir, pero no están limitados a videos, boletines, reportes, folletos, comunicados de prensa, sitios web, presentaciones, exhibiciones, exposiciones, presentaciones PowerPoint, actividades sociales, reportes anuales, solicitudes, actividades para recaudar fondos y cartas de apelación. Entiendo que esta información puede ser usada en los medios sociales y que una vez subidos a Internet, son prácticamente imposibles de recuperar.

Si soy un participante en un programa de alcohol o abuso de drogas, sé que las regulaciones federales (**“Confidencialidad de los Expedientes de Alcohol y Abuso de Drogas de los Pacientes, 42 C.F.R., parte 2)** prohíben la revelación de mi participación en dichos programas, a menos de que yo esté de acuerdo (por escrito) de que esta sea revelada. Por este medio renuncio a la confidencialidad, para los propósitos indicados en este formulario y estoy de acuerdo a que se revele mi participación en los programas de la Clínica de la Comunidad de Vista.

Certifico que **soy/no soy (*circule uno*) mayor de dieciocho (18) años**. Entiendo que, si no soy mayor de dieciocho (18) años o un menor de edad emancipado, este acuerdo deberá ser firmado por mis padres, guardianes o cualquier otro representante autorizado.

Fecha: _____

Firma del Participante

Fecha de nacimiento del participante

Certifico y declaro que soy el padre, guardián o representante autorizado del mencionado participante menor de edad y estoy de acuerdo al uso de dichas fotografías y video.

Fecha: _____

*Firma del Padre, Guardián
o Representante Autorizado*

Fecha de nacimiento del participante

*Clínica de la Comunidad de Vista
(760 631-5000)*

*1000 Vale Terrace
Vista, CA 92084*