

# Formulario de Autorización



Fecha: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento, sin compensación, para el uso por parte de American Printing House for the Blind (APH), o por parte de otras organizaciones que APH autorice, de lo siguiente: **mi nombre y/o: foto estática, grabación de voz, palabras citadas, imagen de video de mí y mi propiedad, o cualquier reproducción de los mismos en cualquier forma.** También otorgo permiso a APH para distribuir (incluida la publicación en línea) de los mismos o cualquier información de identificación personal (PII) que pueda estar asociada con la misma ([Política de privacidad de la APH](#)). Acepto que dicha foto o imagen de video mía sea y siga siendo propiedad de APH. Renuncio a mi inspección o aprobación de tales imágenes y/o la copia adjunta.

Nombre del sujeto: \_\_\_\_\_  
(Por favor letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Si el modelo tiene 18 años o más, firme aquí:**

*(Pase a la siguiente línea si el modelo es menor de edad (menor de 18 años) o está bajo el cuidado de un padre o tutor legal).*

Firma del sujeto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Si el modelo es menor de edad o está bajo el cuidado de un padre o tutor legal, firme aquí:**

Nombre del padre del sujeto  
o tutor legal (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma del Padre del  
Sujeto o del Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de devolver este formulario a:**

American Printing House for the Blind  
1839 Frankfort Ave. • Louisville, KY 40206  
502-895-2405 • 800 223-1839 • Fax: 502-899-2284  
info@aph.org • aph.org