Umair A. Shah, M.D., M.P.H.
Executive Director

Harris County
Public Health
Building a Healthy Community

2223 West Loop South
Houston, Texas 77027
Tel: (713) 439-6000
Fax: (713) 439-6080

PHOTOGRAPHY CONSENT FORM/MODEL RELEASE

I, (*print name*) _____ hereby grant permission to Harris County Public Health, its employees or representatives, to take and use: *(check all that apply:)*

☐ photographs ☐ videos ☐ digital images

of me for use in promotional or educational materials. These materials might include printed or electronic publications, web sites or other electronic communications. I further agree that my name and identity may be revealed in descriptive text or commentary in connection with the image(s). I authorize the use of these images indefinitely without compensation to me. All negatives, positives, prints, digital reproductions and video shall be the property of Harris County Public Health.

_____ _____
(Date) *(Address)*

_____ _____
(Signature of adult subject) *(City, State, Zip)*

RELEASE FOR MINOR CHILDREN (Under 18)

I, (*print name*) _____ parent or official guardian of (*child's name*) _____ hereby grant permission to Harris County Public Health, its employees or representatives, to take and use: *(check all that apply:)*

☐ photographs ☐ videos ☐ digital images

of my child for use in promotional or educational materials as follows:

☐ printed publications or materials
☐ electronic publications or presentations
☐ web sites

I agree that my child's name and identity: ☐ may be revealed
☐ may not be revealed

in descriptive text or commentary in connection with the image(s). I authorize the use of these images indefinitely without compensation to me. All negatives, positives, prints, digital reproductions and video shall be the property of Harris County Public Health.

_____
(Date)

_____ _____
(Signature of Parent or Guardian) *(Signature of Witness for HCPH)*

_____ _____
(Address) *(City, State, Zip)*

HCPH is the local public health agency for the Harris County, Texas jurisdiction. It provides a wide variety of public health activities and services aimed at improving the health and well-being of the Harris County community.

Follow HCPH on Twitter @hcphtx and like us on Facebook

Umair A. Shah, M.D., M.P.H.
Executive Director

Harris County
Public Health
Building a Healthy Community

2223 West Loop South
Houston, Texas 77027
Tel: (713) 439-6000
Fax: (713) 439-6080

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA FOTOS

Yo, (*en letra de molde*) _____, doy permiso a salud pública del Condado de Harris, sus empleados o representantes, para sacar y usar: (*Marque todas las que aplican:*)

☐ fotografías ☐ videos ☐ imágenes digitales

de mí para su uso en materiales promocionales o educativos. Estos materiales pueden incluir publicaciones impresas o electrónicas, sitios web u otras comunicaciones electrónicas. Además acepto que mi nombre y la identidad pueden ser reveladas en un texto descriptivo o comentario con respecto a las imágenes. Autorizo el uso de estas imágenes indefinidamente sin compensación para mí. Todos negativos, positivos, grabados, reproducciones digitales y videos son propiedad de la salud pública del Condado de Harris.

_____ _____
(Fecha) *(Dirección)*

_____ _____
(Firma del sujeto adulto) *(Ciudad, Estado, Código Postal)*

VERSIÓN PARA HIJOS MENORES DE EDAD (MENORES DE 18 AÑOS)

Yo, (*nombre en imprenta*) _____ padre o tutor oficial de (*nombre del niño*) _____ Doy permiso a salud pública del Condado de Harris, sus empleados o representantes, para sacar y usar: *(Marque todas las que aplican:)*

☐ fotografías ☐ videos ☐ imágenes digitales

de mi hijo para su uso en materiales promocionales o educativos como sigue:

☐ publicaciones o materiales
☐ publicaciones electrónicas o presentaciones
☐ Sitios web

Estoy de acuerdo en que nombre y la identidad de mi hijo: ☐ puede ser revelada
☐ no puede ser revelada

en un texto descriptivo o comentario con respecto a las imágenes. Autorizo el uso de estas imágenes indefinidamente sin compensación para mí. Todos negativos, positivos, grabados, reproducciones digitales y videos son propiedad de la salud pública del Condado de Harris.

_____
(Fecha)

_____ _____
(Firma del padre o tutor) *(Firma del testigo para HCPH)*

_____ _____
(Dirección) *(Ciudad, Estado, Código Postal)*