



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery  
Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS & FACOG  
17W300 22<sup>nd</sup> Street, Suite 202  
Oakbrook Terrace IL, 60181  
Phone: 630.322.9090  
Fax: 630-971-0364  
www.renaissancecosmeticlaser.com

## Autorizacion de Uso de Fotografias

Firmando esta forma, yo \_\_\_\_\_ autorizo Renaissance Cosmetic Laser and Aesthetic Surgery a usar la siguiente informacion personal.

Yo autorizo a Dr. Taek Y. Kim, M.D., S.C., DBA Renaissance Cosmetic Laser and Aesthetic Surgery, subsidiarios, licenciados, sucesores y asignados, el derecho de usar, publicar, y reproducir, para cualquier proposito, fotos de mi en forma de imprenta o electronico (video), sonido o video de grabaciones de mi voz, y impremida y copia electrónica de la información descrita en secciones (1) ya mencionada y en cualquier, y toda media, incluyendo, sin limitaciones, cable y television e internet, y para exhibiciones, distribuciones, promociones, publicaciones, ventas, conferencias, juntas, audiciones, conferencias educacionales y en folletos y todo otro tipo de media no mencionada. Este permiso continuara para siempre hasta que yo lo revoque por escrito. Initial \_\_\_\_\_

Adicionalmente, concede a Taek Y. Kim, M.D., S.C., DBA Renaissance Cosmetic Laser todo el derecho, titulo, e interes que yo pueda tener en las fotos, negativos, reproducciones y copias de la imagen original, y autorizo a Taek Y. Kim, M.D., S.C., DBA Renaissance Cosmetic Laser and Aesthetic Surgery el recho a dar, transferir, y exhibicionar las imprentas en copias o facsímiles para mercadeo, comunicaciones, or propuestas promocionales, como lo vea adecuado. Aun que estas fotografías se usen sin informacon de identificacion como nombre, yo entiendo que es posible que alguien pueda reconozirme. Initial \_\_\_\_\_

Por lo presente, renuncio el derecho a recibir algun pago por firmar este comunicado y renuncio el derecho a recibir cualquier pago de Taek Y. Kim, M.D., S.C., DBA Renaissance Cosmetic Laser and Aesthetic Surgery por el use de cualquier material descrito anteriormente por cualquier proposito autorizado por este comunicado. Tambien renuncio el derecho a inspeccionar o aprobar fotografías afinadas, audio, video, multimedia, o grabaciones promocionales y copias o material impreso, o images generados por la computadora y otro media electrónico que pueda ser usado en conjunto, o aprobar la aplicacion del uso eventual. Initial \_\_\_\_\_

Yo reconozco que he leído el documento y entiendo completamente su contenido.

EN TESTIGO DE LO CUAL, yo he executado este document en este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, .  
Dia Mes, Año

Paciente Letras de Imprenta

Number de telefono

Paciente Firma

Fecha

Direccion

Cuidad

Estado

Codigo Postal