



Renaissance Cosmetic Laser & Surgery
Dr. Taek Y. Kim, M.D., FAACS & FACOG
17W300 22nd 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