



## Autorización y Divulgar Información

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que mi testimonio con respecto a servicios recibidos por mi parte o por parte de mi hijo/a y como se indicó anteriormente en (la "Declaración Testimonial") y hecho en nombre de Autism Spectrum Interventions (ASI) pueden ser usados en relación con la divulgación y promoción de ASI y Timothy M. Prior. Yo autorizo el uso de la información de identificación incluida en la Declaración Testimonial, incluyendo nombres, información biográfica y todos los contenidos de la Declaración Testimonial como se define en este formulario. Además, yo autorizo el uso de un resumen breve reseña biográfica, incluyendo la región de donde yo soy y la edad de mi hijo/hija y/o mi edad y el diagnóstico aplicable.

Por este medio concedo a ASI, Timothy M. Prior o representantes legales, ya sea por Timothy M. Prior o ASI el derecho absoluto y el permiso para utilizar, reutilizar, publicar y volver a publicar, el testimonio que proporciono. También concedo a ASI y Timothy M. Prior el derecho de alterar o cambiar el testimonio que proporciono (incluyendo cambios de nombre, duración de testimonio y ubicaciones) para proteger la privacidad y ocultar la identidad de las partes mencionadas en la declaración testimonial.

Autorizo irrevocablemente a ASI a copiar, exhibir, publicar o distribuir el testimonio con fines de publicidad y/o promocionar ASI o para cualquier otro propósito legal. Estas declaraciones pueden utilizarse en publicaciones impresas, presentaciones multimedia, sitios web o en cualquier otro medio de distribución. Estoy de acuerdo en que no voy a hacer ninguna reclamación monetaria o reclamo contra ASI para el uso de la declaración.

Además, renuncio a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluyendo copia escrita, en donde mi imagen o mi testimonio aparece.

Por la presente eximiro de responsabilidad y libero a ASI y Timothy M. Prior de todos los reclamos, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores o cualquier otra persona actuando en mi nombre o en nombre de mi posesiones tiene o puede tener por causa de esta autorización.

**He leído la autorización y divulgar información y doy mi consentimiento para el uso como se indicó anteriormente.**

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

Relación al niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Si prefiere unas palabras particular de su información biográfica para la publicación por favor lista abajo:

*(Ejemplos: madre de un cliente de ASI en Brea, CA; Padres de un niño/a en Garden Grove; Madre viviendo en el sur de California con un hijo/a de 16 años con síndrome de Down).*