**Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Child Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Photo/Media Release**

I hereby authorize Lone Peak Dental Group, its subsidiaries, and any related organizations, here after known as “Carson Kids Dental,” to use photography about me for the purposes of creating press releases, news stories, photographs or video clips, website and/or publications, as well as stand-alone pictures/graphics in which I may appear and/or be heard, for use in internal publications and/or disclosure to external media, including social media websites.

I grant to Lone Peak Dental Group, a worldwide, perpetual right and license to use, reproduce, print, publish, broadcast and rebroadcast, as well as to copyright, me and/or my testimonial statement, treatment plan, voice, picture, name, age and likeness in any and all media and types of advertising and promotion. The statements attributed to me in any testimonial I provide reflect my actual experience with the Company and my honest opinions about their products and services. I hereby waive any right to review any Advertising and agree that no advertisement or other material need be submitted to me for any further approval. The Company will not receive any direct or indirect payment from or on behalf of any third party in exchange for the release of this information about me.

All right, title, and interest in and to me and/or my name, testimonial statement, voice, picture, and likeness used in Advertising pursuant to this Consent and Release, including all copyrights therein, will be the sole property of the Company free from any claims whatsoever by me, my family, or my employer.

I understand I am not required to sign this authorization, however the information will not be used or disclosed without authorization. I understand any information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure.

I understand I have the right to revoke this authorization in writing, except to the extent information has already been released pursuant to this authorization at the time of the revocation. This will not impose any obligation upon the Company to recall or destroy any materials already used, published or disclosed.

I can revoke this authorization by sending correspondence to Lone Peak Dental Group’s Human Resources Team. This authorization will remain in effect for ten (10) years or the day my treatment relationship with Company ceases or I revoke my permission.

This Consent and Release does not in any way conflict with any existing commitment on my part. I hereby release, discharge and agree to hold Company harmless from any liability that may arise from the release of information authorized above. I understand that this Consent and Release does not obligate the Company to make any use of any of the rights granted herein.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date

**Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del niño:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comunicado de fotos/medios**

Por la presente autorizo a Lone Peak Dental Group,sus subsidiarias y a cualquier organizacion relacionada, aquí conocida como"Carson KidsDental", a utilizar la fotografía sobre mí con el fin de crear comunicados de prensa, historias de noticias, fotografías o videoclips, sitios web y/o publicaciones, así como imágenes/gráficos independientes en los que pueda aparecer y/o ser escuchado, para su uso en publicaciones internas y/o divulgación a medios externos, incluidos los sitios web de redes sociales.

Concedo a Lone Peak Dental Group, un derecho mundial y perpetuo y licencia para usar, reproducir, imprimir, publicar, transmitir y retransmitir, así como a los derechosde autor, m ey/o mi declaración testimonial, plan de tratamiento, voz, imagen, nombre, edad y semejanza en todos y cada uno de los medios de comunicación y tipos de publicidad y promoción. Las declaraciones que me atribuyéen en cualquier testimonio que proporcione reflejan mi experiencia real con la Compañía y mis opiniones honestas sobre sus productos y servicios. Por la presente renuncio a cualquier derecho a revisar cualquier Publicidad y acepto que ningún anuncio u otro material necesita ser enviado a mí para cualquier aprobación adicional. La Compañía no recibirá ningún pago directo o indirecto de o en nombre de ningún tercero a cambio de la divulgación de esta información sobre mí.

Todos los derechos, títulos e intereses en y para mí y/o mi nombre, declaración testimonial, voz, imagen y semejanza utilizada en la Publicidad de conformidad con este Consentimiento y Liberación, incluyendo todos los derechos de autor en el mismo, serán propiedad exclusiva de la Compañía libre de cualquier reclamo por mí, mi familia o mi empleador.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización, sin embargo, la información no será utilizada o divulgada sin autorización. Entiendo que cualquier información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que la información ya haya sido divulgada de conformidad con esta autorización en el momento de la revocación. Esto no impondrá ninguna obligación a la Compañía de recordar o destruir cualquier material ya utilizado, publicado o divulgado.

Puedo revocar esta autorización enviando correspondencia al Equipo de Recursos Humanos de Lone Peak Dental Group. Esta autorización permanecerá en vigor durante diez (10) años o el día en que mi relación de tratamiento con la Compañía cese o revoque mi permiso.

Este Consentimiento y Liberación no entra en conflicto en modo alguno con ningún compromiso existente por mi parte. Por la presente libero, descargo y acepto eximir a la Compañía de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación de la información autorizada anteriormente. Entiendo que este Consentimiento yLiberación d no obliga a la Compañía a hacer ningún uso de cualquiera de los derechos otorgados en este documento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Fecha