

**BARBARA FERRER, Ph.D., M.P.H., M.Ed.**  
Director

**MUNTU DAVIS, M.D., M.P.H.**  
County Health Officer

**MEGAN McCLAIRE, M.S.P.H.**  
Acting Chief Deputy Director

313 North Figueroa Street, Room 806  
Los Angeles, California 90012  
TEL (213) 288-8117 • FAX (213) 975-1273

[www.publichealth.lacounty.gov](http://www.publichealth.lacounty.gov)

**BOARD OF SUPERVISORS**

**Hilda L. Solis**  
First District

**Mark Ridley-Thomas**  
Second District

**Sheila Kuehl**  
Third District

**Janice Hahn**  
Fourth District

**Kathryn Barger**  
Fifth District

## CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA, VIDEO Y/O FOTOGRAFÍA

Yo doy mi consentimiento de ser entrevistado(a), grabado en video y/o fotografiado(a) para el uso oficial del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles y otros departamentos del condado de Los Ángeles. Entiendo que mi entrevista, video y/o fotografía puede ser utilizada en forma impresa o formato digital/electrónico (por ejemplo, publicaciones, páginas de Internet, publicidad, y videos) y puede reconocer mi asociación con el condado de Los Ángeles, incluyendo el Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

Nombre completo (letra de molde) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

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

Consentimiento de un menor: Si usted es un padre/tutor legal firmando en nombre de un menor (menos de 18 años de edad) por favor llene la siguiente parte.

Nombre completo del menor (letra de molde) \_\_\_\_\_

Cuál es su relación con el menor (padre/tutor legal) \_\_\_\_\_

***For Staff Use Only***

Description \_\_\_\_\_