

nilmdts

Now I Lay Me Down to Sleep

CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION

Yo, como padre, he contactado a Now I Lay me Down to Sleep (NILMDTS), una organización sin fines de lucro, para proveerme con un recuerdo de mi niño(a). Entiendo que es un regalo y lo acepto como tal. Yo/nosotros estamos de acuerdo con o representamos lo siguiente:

1. **Hospital.** Entiendo que el Hospital no tiene afiliación con el fotógrafo o NILMDTS. **Inicial** _____
2. **Autorización para fotografiar.** Yo represento que soy padre o guardián legal de my hijo(a) como descrito abajo, y tengo la autoridad de entrar en este acuerdo, y autorizo al Fotógrafo a tomar fotos de my hijo(a). **Inicial** _____
3. **Uso de los Padres de las imágenes digitales/fotos.** Entiendo que el Fotógrafo me otorga permiso para "Uso Personal" de los negativos (en forma digital, copia dura, o cualquier otro formato) a perpetuidad. Se entiende que el uso personal es cualquier uso que es personal, no comercial, y no para lucro. **Inicial** _____
4. **Permiso al Fotógrafo Usar los Negativos.** Yo permito que NILMDTS y el Fotógrafo utilicen los negativos, imágenes digitales, y fotografías de mi niño(a) para usos educativos en el Foro de Discusión NILMDTS y para uso oficial y entrenamiento de NILMDTS. Este permiso no incluye uso personal o comercial de parte del Fotógrafo en sitios web, competencias, redes sociales, etc. O **Inicial** _____ (#4 o #5)
5. **No permito al Fotógrafo Usar los Negativos.** Yo NO permito que NILMDTS y/o el Fotógrafo utilicen los negativos, imágenes digitales, y fotografías de mi niño(a) para usos educativos en el Foro de Discusión NILMDTS y para uso oficial y entrenamiento de NILMDTS. **Inicial** _____
6. **Viendo sus imágenes en el internet.** Yo pido que las imágenes se hagan disponible para ver en un servicio de internet de acceso restringido. **Inicial** _____
7. **Archivo.** Yo entiendo que este documento se mantendrá con NILMDTS en la sede. **Inicial** _____
8. **Liberación de Responsabilidades.** Yo libero y para siempre descargo a NILMDTS, el fotógrafo, el Hospital y sus agentes, empleados, oficiales, directores, y representantes de todos reclamos, acciones, causas de acción, daños, costos, y gastos que de forma cualquiera salgan de, o sean relacionados a, la toma de fotografías y la materia descrita aquí en el pasado presente, o en el futuro. **Inicial** _____
9. **Indemnización.** Si alguna persona que no haya firmado este documento trae un reclamo relacionado a la toma de fotografías de mi niño(a) contra NILMDTS o el fotógrafo(a), yo indemnizare y mantendré a NILMDTS y el/la fotógrafo(a) sin culpa de daños incurridos por esos reclamos. **Inicial** _____

HOSPITAL: _____

INFORMACION DE LOS PADRES:

Niño(a): _____	Fecha: _____
Imprima el nombre (los nombres) de su(s) niño(s)	Fecha de nacimiento
Firma de padre: _____	Firma de padre: _____
Nombre deletreado: _____	Nombre deletreado: _____
Relación: _____	Relación: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad Estado Código Postal	Ciudad Estado Código Postal
Teléfono: (Casa) _____	Telefono: (Casa) _____
(Trabajo) _____	(Trabajo) _____
(Celular) _____	(Celular) _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

INFORMACION DEL FOTOGRAFO (Requerida):

Nombre deletreado: _____	Fecha: _____
Firma: _____	Correo electrónico: _____
Teléfonos: (Celular) _____	(Estudio) _____

PLEASE LEAVE A COPY WITH THE FAMILY. Upload a copy when you log your session at www.nowilaymedowntosleep.org/account/ AND a copy TO: headquarters@nilmdts.org or FAX: 720-283-8998

Foro NILMDTS de Discusión para familias: www.nowisleep.com