

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO, AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN DE LOS PADRES

☐ Fotografía Afiliada ☐ Retoque ☐ Afiliado Médico

Nombre del Hospital/Centro _____
Contacto del Hospital/Centro y Teléfono _____
Fecha _____ Hora _____

Bebé(s) Nombre _____ Apellido _____
Fecha de nacimiento del bebé(s) _____ Edad de gestación _____
Sexo: _____ Etnicidad: ☐ Asiático / Pacífico ☐ Negro / Afroamericano
(opcional) (opcional) ☐ Nativo Americano / Primeras Naciones / Indígena
☐ Latino / Hispano ☐ Blanco ☐ Otro

Las imágenes serán entregadas a través de un sistema de correo electrónico seguro.
Recibirá el enlace a su galería de imágenes y comunicaciones ocasionales de NILMDTS*

Padre 1: Nombre completo _____
Teléfono (____) _____
Correo electrónico _____
Padre 2: Nombre completo _____
Teléfono (____) _____
Correo electrónico _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Información del Fotógrafo Afiliado de NILMDTS o Afiliado Médico

Nombre impreso _____
Teléfono _____
Correo electrónico _____

Yo he contactado a Now I Lay Me Down to Sleep (NILMDTS) para ser referidos con un fotógrafo voluntario o un Afiliado Médico que puede tomar retratos de mi(s) bebé(s) o he solicitado que se editen/retoquen fotos que no fueron tomadas por NILMDTS. Entiendo que esto será un obsequio gratuito de NILMDTS y lo aceptaré como tal. Estoy consciente que esto implica lo siguiente (se requieren iniciales en todos los puntos, excepto los marcados como opcionales):

- Hospita/Centrol.** Entiendo que si un Fotógrafo Afiliado de NILMDTS está tomando las fotos, este no está afiliado con el hospital/centro. (Solo Fotógrafo Afiliado) Inicial _____
- Autorización para fotografiar o retocar fotografías.** Soy el padre/madre y tutor legal de mi(s) bebé(s) como es mencionado, tengo la autoridad para entrar en este acuerdo y autorizar al fotógrafo o Afiliado Médico para fotografiar a mi(s) bebé(s) o autorizo a NILMDTS para editar las fotografías de mi(s) bebé(s), según sea el caso. Alternativamente, debido a la incapacidad de los padres para autorizar en el momento de la sesión, tengo la autoridad para firmar este acuerdo en su nombre. Inicial _____
- Uso personal de las fotografías.** NILMDTS tiene la propiedad intelectual de las imágenes (Fotógrafo Afiliado) o de las imágenes retocadas (Afiliado Médico o Retoques), y en ambos casos las licencia a los padres para su uso personal. Entiendo que las imágenes que recibo no pueden ser utilizadas para uso comercial, medios de comunicación o promociones de otras organizaciones no lucrativas o causas, sin autorización expresa por escrito de la sede de NILMDTS. Acepto ponerme en contacto con la sede de NILMDTS para obtener autorización e información sobre el reconocimiento adecuado. Inicial _____
- Regalo estándar.** Entiendo que NILMDTS ofrece como obsequio un retrato y retoque de calidad profesional. Las imágenes digitales se retocarán profesionalmente en tonos blancos y negros o sepia para crear un retrato de calidad de recuerdo familiar. Entiendo que recibiré un conjunto digital de imágenes en un plazo de 8 semanas. Recibiré una licencia de uso, la cual me permitirá tener las fotografías impresas, bajo mi propio costo, en cualquier laboratorio fotográfico. NILMDTS no proporcionará las imágenes originales, no retocadas ni en color según las políticas y pautas de la agencia. Entiendo que se recomienda tomar mis propias imágenes durante y después de la sesión. Inicial _____
- Liberación.** Eximo y libero para siempre a NILMDTS, al fotógrafo, al hospital y a sus agentes, empleados, ejecutivos, directores y representantes de todo reclamo legal pasado, presente y futuro, relacionado con daños, costos y gastos que puedan surgir con relación a la toma de estas fotografías y su uso por parte de NILMDTS o del fotógrafo mencionado. Inicial _____
- Indemnización.** Si alguien que no haya firmado este formulario presenta un reclamo contra NILMDTS o el fotógrafo relacionado con las fotografías de mi(s) bebé(s) o su uso, indemnizaré y mantendré indemne a NILMDTS y al fotógrafo de cualquier daño derivado de dicho reclamo. Inicial _____
- Transmisión electrónica de datos.** Al firmar esta autorización, usted autoriza al Afiliado Médico de NILMDTS, al proveedor médico y/o al centro a transmitir electrónicamente las fotografías y este formulario de consentimiento, los cuales pueden, de manera intencionada o no intencionada, incluir información de salud protegida y otros datos relacionados con las personas mencionadas en este formulario de consentimiento. Inicial _____
- Uso permitido de las imágenes por parte de NILMDTS.** Yo autorizo que las fotografías e imágenes digitales de mi(s) bebé(s) sean utilizadas por NILMDTS y el fotógrafo para capacitación interna de voluntarios de NILMDTS o educación hospitalaria. NILMDTS o el fotógrafo puede hacer copias adicionales de las fotografías sin mi aprobación previa. (Opcional) Inicial _____

FIRMA AUTORIZADA _____

Las imágenes no se retocarán ni se divulgarán sin una firma autorizada.

NOMBRE IMPRESO _____ RELACIÓN CON EL BEBÉ _____

*Puede cancelar su suscripción en cualquier momento. Valoramos su privacidad. Su información de contacto NUNCA se comparte fuera de la organización.

www.nowilaymedowntosleep.org

Parent Consent, Authorization and Release Form (Spanish) v.8.1.26