

nilmdts™
Now I Lay Me Down to Sleep
CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION DE LOS PADRES

Fotógrafo Afiliado Retoques Afiliado Médico

Nombre del Hospital _____
Contacto del Hospital y Teléfono _____
Fecha _____ **Hora** _____

Bebé(s) Nombre _____ **Apellido** _____
Fecha de nacimiento del bebé(s) _____ **Edad de gestación** _____

Opcional: Asiático / Pacífico Negro / Afroamericano
 Latino / Hispano Indio Americano
 Caucásico Otro

Padre 1: Nombre completo _____
Teléfono (____) _____

Padre 2: Nombre completo _____
Teléfono (____) _____

Dirección _____
Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Las imágenes serán entregadas a través de un correo electrónico.

Padre 1: Correo electrónico _____
Opcional: Sí, por favor envíeme las comunicaciones para padres de NILMDTS.

Padre 1: Correo electrónico _____
Opcional: Sí, por favor envíeme las comunicaciones para padres de NILMDTS.

Información del fotógrafo o Médico Afiliado

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 yo he solicitado que se editen/retoquen fotos que no fueron tomadas por NILMDTS. Comprendo que esto será un regalo del fotógrafo y lo aceptaré como tal. Estoy consciente que esto implica lo siguiente (se requieren iniciales en todos los puntos, excepto los marcados como opcionales):

1. **Hospital.** Yo comprendo que el hospital no está afiliado ni con el fotógrafo ni con NILMDTS.
(Sólo *Fotógrafo Afiliado*) Inicial _____

2. **Autorización para fotografiar o editar.** Yo doy fe que soy el pariente y guardián 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), lo que sea aplicable. *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 _____

3. **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 NILMDTS. Estoy de acuerdo a ponerme en contacto con la sede de NILMDTS para obtener autorización e información sobre la atribución de las imágenes. Inicial _____

4. **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 6 a 8 semanas para fotos tomadas por un Fotógrafo afiliado de NILMDTS o de 6-12 semanas en caso de retoques y fotos tomadas por un Médico Afiliado. Recibiré una licencia de uso la cual me permite tener las fotografías impresas, bajo mi propio costo, en cualquier laboratorio fotográfico. NILMDTS no proporcionará las imágenes originales, no retocadas o 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 _____

5. **Liberación.** Yo dejo libre para siempre a NILMDTS, al fotógrafo, al hospital y sus agentes, a los empleados, los oficiales, los directores y los representantes de todo reclamo que se pueda presentar en el futuro, relacionado con daños, costos y gastos que de cualquier manera puedan surgir con relación a la toma de estas fotografías y su uso por parte NILMDTS o el fotógrafo como anteriormente se menciona. Inicial _____

6. **Indemnización.** Ninguna persona que no haya firmado este formulario puede hacer un reclamo en contra de NILMDTS o el fotógrafo relacionado con las fotografías de mi(s) bebé(s), si así fuera yo indemnizaré a NILMDTS y al fotógrafo y los mantendré libre de todo cargo o cualquier otro daño contraído a consecuencia de esos reclamos. Inicial _____

7. **Transferencia electrónica de información.** Al firmar este documento, usted autoriza al Afiliado Médico de NILMDTS y/o estas instalaciones la transferencia electrónica de fotografías y el formulario de consentimiento que pueden, voluntaria o involuntariamente, incluir información sobre su salud y datos importantes de los individuos mencionados en este formulario. Inicial _____

8. **Uso permitido de las imágenes por NILMDTS.** Yo autorizo que las fotografías e imágenes digitales de mi(s) bebé(s) sean utilizadas por NILMDTS y el fotógrafo para formación de voluntarios o con fines educativos hospitalarios. NILMDTS o el fotógrafo pueden 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** _____