

Queridos padres,

NILMDTS quiere ofrecerles nuestro más sentido pésame en este difícil momento. El tiempo que pasamos con nuestro bebé es muy especial, sin importar lo breve que sea. Aunque no se nos ocurra que tomar fotografías sea útil en esta situación, queremos recomendarles encarecidamente que capturen estos momentos juntos.

Un fotógrafo voluntario de NILMDTS, que esté disponible, solo estará en su habitación durante un corto período de tiempo para capturar retratos en blanco y negro. Por lo tanto, recomendamos que ustedes también tomen sus propias fotografías. Muchas de las familias que no utilizaron nuestros servicios es su momento, nos han pedido que compartamos con ustedes sus sentimientos de arrepentimiento. Las imágenes que NILMDTS proporcionará, junto con las fotos que ustedes tomen, serán algunas de las reliquias más importantes y los únicos recuerdos tangibles que tendrán de su bebe. En caso de que el fotógrafo no esté disponible, podemos ofrecerles nuestros servicios profesionales de retoque a las fotografías tomadas por usted, su familia, o sus proveedores de salud. Puede leer más información acerca de este servicio en este folleto.

Como muchos de nuestros voluntarios han recorrido el mismo camino que ustedes están por empezar, deseamos lo mejor para ustedes. Los recuerdos creados en estos momentos serán el mejor apoyo a lo largo de su viaje de sanación.

Nuestras más sinceras condolencias,
Now I Lay Me Down to Sleep



Nuestro *regalo* para ustedes:

- Sesión íntima y complementaria de fotografías
- Colección de retratos
- Fotografías en blanco y negro delicadamente retocadas
- Fotógrafos voluntarios entrenados
- Imágenes entregadas en 12-18 semanas
- Acceso ilimitado a su galería segura en línea con descarga digital
- Servicios de retoque proporcionados en caso de que un fotógrafo no esté disponible para la sesión

Servicios de retoque:



Retoque profesional en caso de que un fotógrafo profesional no esté disponible. Para más información acerca de este servicio y/o cargar fotos, visite nuestra página web.

Para encontrar un fotógrafo:



Visite nuestra página web, o hable con su profesional médico.

“Lamentablemente dijimos no a una sesión de fotos y es un pesar que mi corazón siente a menudo. Les recomendamos que utilicen los servicios proporcionados por NILMDTS.”

LISA, MADRE DE KORBI





 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 _____

 Sexo: _____ Etnicidad: Asiático / Pacífico Negro / Afroamericano

 (opcional) (opcional) Latino / Hispano Blanco / Caucásico

 Indio Americano Otro

Las imágenes serán entregadas a través de un correo electrónico.

 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 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 he solicitado que se editen/retoquen fotos que no fueron tomadas por NILMDTS. Entiendo 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.** Entiendo que el hospital no está afiliado ni con el fotógrafo ni con NILMDTS.

(Sólo Fotógrafo Afiliado) Inicial _____
2. **Autorización para fotografiar o editar.** Doy fe que soy el pariente y/o 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), cual 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 con 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 12-18 semanas. Recibiré una licencia de uso la cual me permite tener las fotografías impresas, bajo mi propio costo, en cualquier laboratorio fotográfico. NILMDTS no proporcionarán 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 absuelvo 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 puedan surgir con relación a la toma de estas fotografías y su uso por parte NILMDTS o el fotógrafo mencionado.

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 _____

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