



 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.