

Saint Xavier University  
Ludden Speech and Language Clinic  
Consentimiento, Autorización y Liberación

**Por Favor lea atentamente este consentimiento, autorización y divulgación (este "Consentimiento") con cuidado. Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta a La Universidad De Saint Xavier ("SXU") Fotografía y/o audio y/o vídeo y/o grabación de vídeo (colectivamente, "Grabaciones") su menor, hijo/pupilo, (según corresponda) relacionado con la clínica Ludden, incluyendo, sin limitación, sesiones de terapia y evaluación. También está liberando todos los reclamos por lesiones, daños y otras pérdidas que usted y su menor, hijo/pupilo, (según corresponda) tenga en contra de SXU y sus partes relacionadas por lesiones relacionadas o que surjan de dichas Grabaciones.**

**Consentimiento para grabar.** Por la presente doy mi consentimiento y autorizo irrevocablemente el uso y la reproducción por parte de, SXU o cualquier persona autorizada por SXU, de todas y cada una de las grabaciones e imágenes electrónicas mías y de mi menor hijo/pupilo, (según corresponda) tomadas por SXU relacionadas a la Clínica Ludden actividades con fines educativos y sin compensación a mí o a mi menor hijo/pupilo, incluyendo y sin limitación, Grabaciones de Sesiones de terapia de grupo y terapia individual y citas de teleterapia. Cualquiera de dichas grabaciones e imágenes (incluidos los negativos o derivados fotogénicos) serán propiedad exclusiva de SXU.

**Consentimiento para que otros lo vean.** Entiendo y acepto que las sesiones de terapia grupal pueden ser vistas por los padres/guardián/cuidadores de otros; clientes de terapia grupal, y doy mi consentimiento para mi imagen y la de mi menor hijo/pupilo (según corresponda) siendo visto, grabado, utilizado y/o transmitido por SXU con fines educativos. También doy mi consentimiento para permitir que los padres/tutores, cuidadores y otros clientes de terapia de grupo vean las sesiones de terapia de grupo.

**Autorización de divulgación a terceros.** Además, entiendo y autorizo la visualización de mi imagen y la de mi hijo/pupilo, (según corresponda) en respuesta a una solicitud de registros bajo la portabilidad del seguro médico y ley de rendición de cuentas ("HIPAA") y otras leyes de privacidad aplicables. Entiendo que padres/guardián/cuidadores de otros de un cliente de terapia de grupo, O el propio/propia cliente, puede requerir acceso a los registros de su hijo menor/pupilo en un momento posterior, y que yo o mi hijo menor/pupilo podemos aparecer en las grabaciones de una sesión de terapia de grupo. Por la presente autorizo a SXU a divulgar dichas grabaciones al recibir una orden judicial o a HIPAA solicitud de registros. Entiendo que si bien SXU hará todos los intentos razonables para garantizar mi hijo menor/pupilo privacidad al producir tales grabaciones, es posible que mi hijo menor/pupilo imagen pueda ser incluida en respuesta a cualquier solicitud de dichos registros.

**Acuerdo de licencia y autorización para SXU únicamente.** Por la presente otorgo a SXU una licencia perpetua, mundial y libre de regalías para usar, modificar, editar, alterar, copiar, mostrar, distribuir, transmitir, publicar o reproducir el contenido (como se define en este documento), ya sea digitalmente, impreso o en cualquier otro medio conocido ahora o desarrollado posteriormente. Para efectos de esta disposición, "Contenido" significa mi y mi menor incorporado en cualquier grabación o imagen y similares, tomadas o hecho en nombre de SXU. Entiendo y acepto que SXU posee el derecho, título e interés sobre

el contenido, incluidos todos los derechos de autor del mismo. SXU puede usar el contenido para cualquier propósito consistente con su misión, incluido marketing, publicidad y fines educativos. Por la presente renuncio a cualquier derecho de revisar o aprobar el uso del contenido. Entiendo y acepto que no se me pagará ninguna regalía, tarifa u otra compensación a mí o a mi menor, hijo o tutelado por dicho uso.

Por la presente libero y descargo y acepto eximir de responsabilidad a SXU y sus funcionarios, fideicomisarios, agentes, sirvientes y empleados abogados, representantes, sucesores y cesionarios, y cualquier persona que actúe bajo su

permiso o autoridad, de y contra cualquier reclamo en relación con el uso de grabaciones o imágenes mías y de mi menor, hijo/tutelado y la reproducción de las mismas, incluyendo cualquier reclamación de pago en relación con la distribución o publicación de dichas grabaciones o imágenes.

**Reconocimiento y liberación de Reclamo.** Con mi firma a continuación, declaro que yo, en mi nombre y, según corresponda, como representante autorizado del cliente nombrado a continuación, he leído, comprendido y acepto estar sujeto a este consentimiento y a la política de video/audio de SXU, que se puede encontrar aquí. También reconozco, acepto y consiento a SXU colección, uso y retención de mi información personal y que mi menor, hijo o pupilo por todo relacionado o surgiendo de los servicios echos en Ludden Clinic, y en conformidad con las policías privadas, que pueden ser encontradas aquí.

Yo en el nombre mio y mi menor, hijo o tutelado, por la presente exoneración de responsabilidad, liberar y despedir para siempre a SXU y a sus funcionarios, fideicomisarios, agentes, servidores y empleados, abogados representantes, sucesores y asignamiento de cualquier reclamos, demandas y causas de acción en cual, yo o mi menor, hijo o pupilo o nuestro respectivos herederos, representantes, ejecutores, administradores o cualquier persona actuando en mi nombre o en nombre de mi menor, hijo, o pupilo, tienen o pueden tener relación con la realización, uso y transmisión de grabaciones (tal como se define ese término en el presente documento) y imagenes de mi, mi menor, hijo o tutelado delineado en el presente documento.

***Yo he leído este consentimiento, autorización y liberación y entiendo que es una liberación y acuerdo de renuncia de responsabilidad. Por firmar este documento, yo entiendo que estoy renunciando derechos sustanciales en mi nombre y/o el de mi hijo menor/pupilo y he firmado este acuerdo libre y voluntariamente sin que se me haga ningún incentivo, seguridad o garantía. Está siendo hecho para mí. Tengo la intención de que mi firma sea una liberación completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.***

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cliente (Impreso)

**Si el cliente es menor o debajo de acuerdo de tutela**

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián (Impreso)

Cliente/Padre/Guardián dirección:

\_\_\_\_\_

Cliente/padre/Guardián Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Cliente/Padre/Guardián Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

