

Consentimiento Comunidad Autorización de los Padres/Tutores



PASO 1

Nombre del Niño/a _____ Edad del Niño/a _____

Nombre de Sitio/Evento _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Correo Electronico _____ Teléfono _____

Para cada uno de los siguientes pasos lea por favor y marque una casilla solamente. Después de completar los Pasos 2-4 firme por favor en el Paso 5.



PASO 2: Evaluación Dental

SI ☐ NO ☐

Le ofrecemos a su Niño(a) una **EVALUACIÓN DENTAL GRATUITA** como parte del programa Bright Smiles, Bright Futures (BSBF) patrocinado por Colgate-Palmolive Company ("Colgate"). Al marcar la casilla "SI" en el Paso 2 usted está acordando que entiende y acepta que:

Colgate les proporciona una evaluación dental como un servicio público y que su Niño(a) está participando en el programa de evaluación dental de BSBF de manera voluntaria bajo su propio riesgo;

Usted está liberando a Colgate y cualquier asociado con Colgate, incluyendo, sin limitaciones, los profesionales dentales voluntarios quienes administran las evaluaciones, de cualquier y toda

responsabilidad legal, demandas, costos, o gastos que de alguna manera estén relacionados con la participación del Niño(a) en el programa de evaluación dental de BSBF; y

Esta liberación se rige por la ley de Nueva York y que ningún cambio en este consentimiento y liberación es válido al menos que usted y Colgate lo ejecuten por escrito.



PASO 3: Divulgación de Información de Salud Protegida.

SI ☐ NO ☐

Entiendo que al marcar "SI" y firmar esta forma, yo autorizo al dentista, al especialista dental, o al servidor médico/entidad que administra el programa de evaluación dental de BSBF a usar y divulgar la información de salud protegida de mi hijo(a), ya sea de manera electrónica o en copia impresa, a (i) otro dentista, especialista dental, o servidor médico/entidad con propósitos de brindar tratamiento, (ii) a su escuela o empleados de la escuela (como maestros o personal médico) con propósitos de proporcionar información, mantener expediente, reportes, o (iii) a Colgate con propósitos de proporcionar información, mantener expediente o reportes.

Entiendo que estoy firmando esta forma de manera voluntaria. Entiendo que la información que se use y divulgue, de acuerdo con esta autorización, puede estar sujeta a una re-divulgación por el destinatario y que ya no podrá ser protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"). Entiendo que esta autorización es válida hasta ser revocada. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento mandando un aviso escrito a Colgate-

Palmolive Company, 300 Park Ave, NY, NY 10022, Attn: Bright Smiles, Bright Futures. Entiendo que esta revocación no es válida en la medida en que alguna entidad ya dependa de esta autorización para usar o divulgar la información de salud de mi hijo(a) como esta descrita anteriormente.

Por favor dé la vuelta y complete el segundo lado.



PASO 4: Autorización de Fotos

SI ☐ NO ☐

Lea y complete el Paso 4 independientemente de si su Niño(a) está participando en el programa de evaluación dental de BSBF descrito en el Paso 2):

Puede que tomemos fotos y/o videos de su Niño(a) en el programa BSBF. Al marcar la casilla "SI" en el Paso 4, acepta que:

Colgate y sus socios de BSBF, y cualquier persona relacionada con Colgate o sus socios de BSBF ("Colgate y los Socios de BSBF"), pueden usar las fotos y/o videos tomados de su hijo(a) en el programa BSBF en todos los medios en el mundo durante el tiempo que lo deseen, incluyendo en medios externos como páginas de internet, redes sociales, o folletos. Las fotos y /o videos tomados de su hijo(a) sólo se usarán para promover, publicitar, o describir el programa BSBF o los esfuerzos de servicio a la comunidad y responsabilidad social de Colgate y sus socios de BSBF.

Los socios de Colgate y BSBF pueden editar fotos y/o videos tomados de su hijo(a) sin su autorización previa, y que Colgate es el propietario de todas y cada una de las fotos y/o videos de tomados de su hijo(a) en el programa BSBF; y

Usted libera y acepta eximir de toda responsabilidad a Colgate y sus socios de BSBF de toda responsabilidad legal derivada del uso de cualquier foto y/o video tomadas de su hijo(a) en el evento de BSBF, y que este consentimiento y liberación se rige por la ley de Nueva York.



PASO 5

Padre/Madre o Tutor Legal (Letra de molde) _____

Firma (Del Padre/Madre o Tutor Legal) _____

Fecha _____

RECORDATORIO! Por favor asegure marcar Sí o No en los pasos 2, 3 y 4.