

Consent2



Authorization for Audio/Video/Photography Recording in a Research Study

[eng2]

I hereby authorize the University of Miami, Department of Pediatrics, to take still photographs, videotapes, and/or sound recordings of me/ (my child).

I authorize the University to use in any manner said photographs, film, video or tape recordings, in whole or in part as follows(Please read and check box next to appropriate permission statement):

☒ For the purpose of teaching, research, scientific meetings and scientific publications, including professional journals or medical books;

☐ For research purposes only.

I agree that the University of Miami, its Trustees, officers, employees, faculty and agents will not be responsible for any claims arising in any way out of the taking and use as described above of such photographs and/or recordings. I understand that I will not have an opportunity to inspect and approve such photographs or recordings prior to their use.

[esp2]Por la presente autorizo a la Universidad de Miami, Departamento de Pediatrics, para que tome fotografías, grabe cintas de video y/o audio de mi persona/(mi hijo).

Autorizo a la Universidad para que use de cualquier modo tales fotografías y grabaciones en cintas de video o audio, en su totalidad o en parte, de la siguiente forma (Lea y marque el cuadro junto a la declaración de autorización que corresponda):

☒ Con fines de enseñanza, investigación, para reuniones científicas y publicaciones científicas, inclusive publicaciones profesionales o libros de medicina;

☐ Sólo con fines de investigación.

Acepto que la Universidad de Miami, sus fiduciarios, ejecutivos, empleados, cuerpo docente y agentes no tendrán ninguna responsabilidad frente a cualquier reclamo que surja de alguna forma por la toma y el uso de tales fotografías y/o grabaciones conforme se describiera precedentemente. Comprendo que no tendré la oportunidad de inspeccionar y aprobar tales fotografías o grabaciones antes de su uso.

[eng2]Signature of Participant:

Printed Name of Participant:

[initial_visit_arm_1][first_name]

[initial_visit_arm_1][last_name]

[esp2]Firma del Participante:

Nombre en letra de imprenta del Participante:

[initial_visit_arm_1][first_name]

[initial_visit_arm_1][last_name]

[eng2]Signature of Witness:

[esp2]Firma del Testigo:

[eng2]Printed Name of Witness:[esp2]Nombre en letra de imprenta del Testigo:

- ☐ Jason Grey Faulkenberry
- ☐ Kristin Niel
- ☐ Clara Ko
- ☐ Denisse Cristina Pareja Valarezo
- ☐ Francelia Eckembrecher
- ☐ Daphne Eckembrecher
- ☐ Liz Bayes-Santos
- ☐ Elizabeth Pulgaron

[eng2]Signature of Parent (if applicable):

Printed Name of Parent (if

applicable):[initial_visit_arm_1][guardian_name]

[esp2]Firma del Padre/Madre (según corresponda):

Nombre en letra de imprenta del Padre/Madre (según corresponda): [initial_visit_arm_1][guardian_name]

HSRO revised 2/28/06