

**Name of Child:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

I am consenting to videotaping of this developmental coaching session and I understand that it may be shared with my consent with other pediatric providers as part of a training program on how to perform developmental coaching. No identifying information about me or my child will be shared. The videotape will not be stored on the internet without my further consent. I am free to stop the videotaping of the session at any time or request that all or portions of the videotape not be shared. The videotape will be provided for me to review prior to being shared with participants in the training program if I choose to do so.

Video Consent Addendum: please check off the appropriate paragraph

I consent to having the coaching video viewed only by my pediatric provider for their own professional growth during developmental coaching training. I understand that the video will not be shared with anyone else.

I consent to having the coaching video posted in Dropbox where it can be accessed by a limited group of pediatric providers who are learning to use the TREE coaching program.

I consent to having the coaching video posted on the Maryland Chapter Academy of Pediatrics website for pediatric educational purposes where it can be viewed publicly and may also viewed on You Tube without any identifying information about me or my child.

\_\_\_\_\_  
Patient/Guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_

Yo doy mi consentimiento para la grabación en video de esta sesión de coaching sobre desarrollo y entiendo que, con mi consentimiento, dicho video puede ser compartida con otros proveedores pediátricos como parte de un programa de capacitación sobre cómo realizar coaching de desarrollo infantil. No se compartirá ninguna información identificativa sobre mí o mi hijo/a. El video no se guardará en internet sin mi previo consentimiento. Soy libre de detener la grabación de la sesión en cualquier momento o solicitar que todo o parte del video no sea compartido. Se me proporcionará el video para revisarlo antes de que sea compartido con los participantes del programa de capacitación, si así lo deseo.

Anexo de Consentimiento de Video: por favor, marque con una **X** el párrafo que corresponde a su decisión personal:

Doy mi consentimiento para que el video de coaching sea visto solo por mi proveedor pediátrico para su propio crecimiento profesional durante la capacitación de coaching sobre desarrollo infantil. Entiendo que el video no será compartido con nadie más.

Doy mi consentimiento para que el video de coaching sea publicado en Dropbox, donde estará disponible para un grupo limitado de proveedores pediátricos que están aprendiendo como usar el programa de coaching TREE.

Doy mi consentimiento para que el video de coaching sea publicado en el sitio web de la Academia de Pediatría del Capítulo de Maryland únicamente para fines educativos pediátricos, donde estará disponible para el público. También se podrá ver en YouTube siempre y cuando no se comparta ninguna información identificativa sobre mí o mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

