



*PO Box 670207 Marietta, GA 30066
Oficina 678-503-8702, Fax 678-503-8912*

www.koolkidzpt.com

Permiso por terapia

Yo, _____, en nombre de

_____ (ahora se referido como “el paciente”)

consiento al cuidado y/o el tratamiento necesario del paciente por las terapeutas de Kool Kidz, Inc. Yo consiento al cuidado y el tratamiento que puede ser clasificado como la practica de terapia física/ocupacional por Georgia y el American Physical Therapy Association. Yo entiendo que la práctica de medicina, incluyendo terapia física/ocupacional, no es una ciencia exactamente y que el tratamiento va a incluir participación física por el paciente, que puede incluir un riesgo de herida. Yo reconozco que no hay una garantía porque de los resultados de la evaluación y/o el tratamiento.

Yo consiento al tomando y publicando de videos y retratos del diagnostico y tratamiento del paciente. También, estoy de acuerdo que la información en los documentos médicos del paciente puede ser revelado para propósitos educacional y/o investigación.

Yo entiendo que los objetos de valor y los objetos personales del paciente son la responsabilidad de yo y que Kool Kidz Inc. no puede ser responsable para alguna pérdida, robo, o daño de los objetos personales.

POR ESCRIBIENDO ESTA FORMA, YO RECONOZCO QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO EL CONTENIDO Y ESTOY COMPETENTE PARA EJECUTARLO O ESTOY AUTHORIZADO PARA EJECUTARLO EN NOMBRE DEL PACIENTE.

La firma del paciente o la persona autorizada _____ La Fecha _____

Relación con el paciente _____