



## Renuncia y Liberación de Responsabilidad

**Al aceptar recibir atención y utilizar los equipos e instalaciones proporcionados por Precision Physical Therapy and Wellness, ubicado en 211 Tank Farm Road, Suite A, San Luis Obispo, CA 93401, acepto lo siguiente:**

Entiendo completamente y acepto que (a) las actividades en las que me involucraré como parte del tratamiento proporcionado por Precision Physical Therapy and Wellness y el equipo que puedo usar como parte de ese tratamiento tienen riesgos, peligros y peligros inherentes, y tales existe en mi uso de cualquier equipo y mi participación en estas actividades; (b) mi participación en tales actividades y / o uso de distensiones, fracturas, parálisis parcial y / o total, muerte u otras dolencias que puedan causar una discapacidad grave; (c) estos riesgos y peligros pueden ser causados por la negligencia de los representantes o empleados de Precision Physical Therapy and Wellness, la negligencia de los participantes, la negligencia de otros, accidentes, incumplimientos de contrato u otras causas. Por mi participación en estas actividades y por el uso del equipo, asumo todos los riesgos y peligros y toda la responsabilidad por las pérdidas y / o daños causados en todo o en parte por la negligencia o la conducta de los representantes o empleados de Precision Physical Therapy and Wellness, o por cualquier otra persona. Yo, en nombre de mí mismo, mis representantes personales y mis herederos, acepto voluntariamente liberar, renunciar, dar de baja, mantenernos inocuos, defender e indemnizar a Precision Physical Therapy and Wellness y sus representantes, empleados y cesionarios de todos y cada uno de los reclamos, acciones o pérdidas por lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte por negligencia, pérdida de servicios o de otro tipo que puedan surgir de mi uso de cualquier equipo o participación en estas actividades. Entiendo específicamente que estoy liberando, descargando y renunciando a cualquier reclamo o acción que pueda tener actualmente o en el futuro por los actos negligentes o otra conducta del representante o empleados de Precision Physical Therapy and Wellness.

### **Consentimiento:**

Doy mi consentimiento y autorizo a Precision Physical Therapy and Wellness (incluidos los estudiantes en formación) para administrar el tratamiento de fisioterapia bajo la dirección y supervisión del fisioterapeuta. Entiendo y estoy informado de que, como en la práctica de la medicina, la terapia física puede tener algunos riesgos. Entiendo que tengo derecho a preguntar sobre estos riesgos y que tengo alguna pregunta sobre mis condiciones antes de recibir el tratamiento. Sé que depende de mí informar al fisioterapeuta / personal sobre cualquier problema de salud o alergia que tenga, así como sobre los medicamentos que estoy tomando.

**HE LEIDO LA EXENCIÓN ANTERIOR Y LA LIBERACIÓN Y AL FIRMARLO DE ACUERDO. ES MI INTENCIÓN EXENTAR Y RELEJAR LA PRECISION PHYSICAL THERAPY AND WELLNESS POR LA RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES, DAÑOS A LA PROPIEDAD O LA MUERTE INCORRECTA POR CUALQUIER CAUSA.**

Nombre (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Nombre (signo) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_