

Genesis Therapy Center
6006 W. 159th Street, Bldg C
Oak Forest, IL 60452
708-535-7320

**Formulario de Liberación de la Responsabilidad
(Descargo de Responsabilidad y Consentimiento Informado)**

YO, _____ (ESCRIBA SU NOMBRE) soy amigo(a)/miembro de la familia (CIRCULE UNA) de _____ (ESCRIBA EL NOMBRE DEL CLIENTE). Se me ha explicado que el/ella se encuentra con un serio y alto riesgo de dañarse a sí mismo/misma y que se han realizado los arreglos necesarios para su hospitalización en _____ (ESCRIBA EL NOMBRE DEL HOSPITAL).

He sido informado que debido al serio daño potencial, es posible realizar arreglos para que el individuo anteriormente mencionado sea transportado al hospital vía ambulancia, cubriendo el costo de esta; o a través del departamento de policía de la región.

Si yo decido transportar al individuo mencionado anteriormente por mi cuenta, acepto la completa y total responsabilidad en caso de que ocurra algún daño hacia él/ella o hacia mi persona, siendo estos riesgos potenciales que me han sido explicados.

Estoy de acuerdo de que en caso de que yo decida tomar la responsabilidad de transporte, llevaré al individuo mencionado anteriormente directamente al hospital para su ingreso o admisión.

The Genesis Therapy Center en ninguna manera excusa o apoya mi decisión de transportar al individuo anteriormente mencionado al hospital. Y como tal, se encuentra libre de toda culpa y responsabilidad en caso de que ocurra algún daño hacia el individuo o hacia mi persona, y no se tomará ninguna acción adversa que en caso de que ocurran tales eventos.

Firma: Amigo(a)/Miembro de la Familia

Fecha

Firma: Cliente

Fecha

Testigo: ESCRIBA SU NOMBRE y FIRME

Fecha