

Children's Hospital of The King's Daughters, Inc.
601 Children's Lane, Norfolk, Virginia 23507-1910

**Programa de Prestamo de Restricción para Automóvil para Niños
Especiales**

Fecha del prestamo: _____ Fecha de devolución: _____

Información del Paciente:

Nombre del niño: _____ Hombre Mujer Dia del nacimiento: _____

Diagnostico: _____ MR#: _____

Nombre del Prestante: _____ Parentesco con el niño: _____

Dirección: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____ Teléfono celular: _____

Contacto adicional: _____ Parentesco con el niño: _____

Dirección: _____

Teléfono casa: _____ Trabajo/Teléfono celular: _____

Prestamo de Acuerdo

Yo entiendo que el hospital (CHKD) está prestando este aparato de restricción y que este aparato de restricción sera de la propiedad de el hospital CHKD. Es mi responsabilidad devolver este aparato de restricción limpio y en buenas condiciones la fecha o antes de la fecha de devolución.

Si el aparato de restricción para el carrose daña, rompe, no se necesita más o estuvo envuelto en un accidente yo notificare a CHKD y devolvere el aparato a CHKD. Si mi dirección o teléfono cambian yo notificare a CHKD de los cambios. Yo devolvere el aparato al departamento de terapia fisica del hospital.

Si yo no soy los padres o los responsables del niño usando el aparato de restricción yo tengo la autoridad de ejecutar este acuerdo de parte del niño, los padres, o guardians y obligar legalmente de que se cumpla. Con la firma en el reverse de este contrato yo estoy de acuerdo a ejecutar este contrato con los padres o los guardians y a mi misma de los terminus del contrato.

ACKNOWLEDGEMENT AND RELEASE

He recibido un aparato de restricción de CHKD del programa de segurida del pasajero de niños especiales.

Yo ejecutare las instrucciones del fabricante cuando yo instale y use la silla.

Yo entiendo que puedo llamar 1-866-732-8243 para encontrar el departamento de insendio, agencia de coche, o alguna otra empresa con entrenamiento que me pueda asistir a instalar el aparato de restricción o chequeara el aparato por mi.

(Continua en el respaldo)

Yo entiendo que el hospital CHKD no es responsable por la instalación o el uso del aparato de restricción.

Yo entiendo que transportar a los niños en un automóvil es un riesgo para mi hijo o hijos. Yo entiendo que el aparato de restricción da alguna protección para mi hijo cuando el niño es muy joven o pequeño para el aparato que esta incorporado en el automóvil.

En consideración de mi decisión de aceptar el préstamo del aparato de restricción de CHKD, yo le quito toda responsabilidad legal a CHKD o reclamación que salga del uso por mi hijo del aparato de restricción proporcionado de CHKD.

Yo he decidido a no aplicar ninguna responsabilidad a CHKD ahora y en el futuro y por responsabilidad de algun accidente o de muerte a personas o propiedad causada o relacionada con la instalación o uso de el aparato de restricción o fallo de la silla del coche de funcionar correctamente.

Yo también estoy de acuerdo a que ningun personal o agente de CHKD seran legalmente responsables o demandados por el uso del aparato de restricción durante el tiempo que lo use incluyendo pero no limitando de una demanda por lesiones en nombre de mi niño o mis niños.

Sí yo no soy padre o el responsable de el niño que esta usando el aparato de restricción, yo represento a la autoridad legalmente por los padres del niño para ejecutar en reconocimiento de los terminus. Al escribir mi firma yo me comprometo a que los padres, los responsables del niño y yo nos comprometemos a guiarnos por el acuerdo.

Yo he leído y entendido y reconozco este préstamo:

Firma: _____

Escribir nombre con letra imprenta: _____

Fecha: _____

Parentesco con el niño: _____

Nombre del niño: _____

Para Uso oficial solamente	
CHKD Numero de inventario:	Fecha de manufactura:
Manufacturador/Nombre del aparato de restricción/Numero de modelo:	Tamaño (si se aplica):
Papeleo completado por:	Numero de contacto: (757) 668-8655
Acuerdo del préstamo cancelado: _____ (Fecha) Por: _____ Razon: _____	
Persona que contacto:	
<input type="checkbox"/> Dejo mensaje FECHA:	<input type="checkbox"/> Carta mandada tarde FECHA:
APARATO de RESTRICCION: _____	Condiciones de aparato de restricción: <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Sustituir parte <input type="checkbox"/> Desechar