

**MIAMI PHYSICAL THERAPY GROUP**  
**1771 CORAL WAY**  
**MIAMI, FL 33145**  
**OFFICE: (305) 859-2454 • FAX: (305) 859-2457**

PATIENT DEMOGRAPHICS DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE				
NAME/NOMBRE Y APELLIDO			SOCIAL SECURITY NUMBER/NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
ADDRESS/DIRECCIÓN			HOME TELEPHONE/TELÉFONO DE CASA	
CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP	CELLULAR TELEPHONE/TELÉFONO CELULAR	
DOB/FECHA DE NACIMIENTO	AGE/EDAD	SEX/SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL	
EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO			<input type="checkbox"/> Single/Soltero(a) <input type="checkbox"/> Married/Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Widow/Vuido(a) <input type="checkbox"/> Other	
RESPONSIBLE PARTY (IF THE PATIENT IS A MINOR UNDER 18 OR A DEPENDENT) PARTE RESPONSIBLE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD OR UN DEPENDIENTE)				
NAME/NOMBRE Y APELLIDO		DOB	RELATIONSHIP TO PATIENT/RELACIÓN CON EL PACIENTE	
ADDRESS/DIRECCIÓN			HOME TELEPHONE (IF DIFFERENT)/TELÉFONO DE CASA (SI ES DIFERENTE)	
CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP	CELLULAR TELEPHONE/TELÉFONO CELULAR	
EMAIL/CORREO ELECTRÓNICO				
EMPLOYMENT INFORMATION INFORMACIÓN DE EMPLEO			EMERGENCY CONTACT INFORMATION INFORMACIÓN DE CONTACT DE EMERGENCIA	
OCCUPATION/OCUPACIÓN			NAME/NOMBRE Y APELLIDO	
EMPLOYER/EMPLEADOR			RELATIONSHIP TO PATIENT/RELACIÓN CON EL PACIENTE	
ADDRESS/DIRECCIÓN			HOME TELEPHONE/TELÉFONO DE CASA	
CITY/CUIDAD	STATE/ESTADO	ZIP	WORK TELEPHONE/TELÉFONO DE TRABAJO	
WORK TELEPHONE/TELÉFONO DE TRABAJO			CELLULAR TELEPHONE/TELÉFONO CELULAR	

**CURRENT MEDICATIONS/MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:**

---



---

**ALLERGIES/ALERGIAS:**

---

**PAIN LEVEL/NIVEL DE DOLOR:**



**Please see reverse side/Por favor consulte el reverso de la página**

PRINT PATIENT NAME/IMPRIMA EL NOMBRE:

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE:

DATE/FECHA:

**MIAMI PHYSICAL THERAPY GROUP**  
**1771 CORAL WAY**  
**MIAMI, FL 33145**  
**OFFICE: (305) 859-2454 • FAX: (305) 859-2457**

**PAST MEDICAL HISTORY**

- Diabetes
- Osteoarthritis
- High blood pressure
- High cholesterol
- Pacemaker**
- Hypothyroidism
- Cancer (type) \_\_\_\_\_
- Psoriasis
- Angina
- Heart problems
- Pneumonia
- Pulmonary embolism
- Asthma
- Emphysema
- Stroke
- Epilepsy (seizures)
- Cataracts
- Kidney disease/stones
- Crohn's disease/Colitis
- Anemia
- Hepatitis
- Stomach or peptic ulcer
- Rheumatic fever
- Tuberculosis
- HIV/AIDS

**PAST SURGICAL HISTORY**

- Orthopedic/joints \_\_\_\_\_
- Pacemaker**
- Cataracts
- Tonsillectomy
- Thyroidectomy
- Coronary bypass
- Cardiac stents
- Heart valve
- Gall bladder
- Appendectomy
- Bowel/stomach resection
- Hemorrhoidectomy
- Bariatric surgery
- Hysterectomy
- Hernia
- Spinal stenosis
- Bladder surgery
- Prostate surgery/resection
- C-section
- Other \_\_\_\_\_
- None

**HISTORIA MÉDICA PREVIA**

- Diabetes
- Osteoarthritis
- Hipertensión
- Colesterol alto
- Marcapasos**
- Hipotiroidismo
- Cáncer (tipo) \_\_\_\_\_
- Psoriasis
- Angina de pecho
- Problemas del Corazón
- Neumonía
- Embolia pulmonar
- Asma
- Enfisema
- Derrame cerebral
- Epilepsia
- Cataratas
- Enfermedad renal/Cálculos renales
- Enfermedad de Crohn/Colitis
- Anemia
- Hepatitis
- Ulcera péptica
- Fiebre reumática
- Tuberculosis
- VIH/SIDA

**HISTORIA QUIRÚRGICA PREVIA**

- Cirugía ortopédica
- Marcapasos**
- Catarata
- Amigdalectomía
- Tiroidectomía
- Bypass coronario
- Stents cardiacos
- Válvula cardiaca
- Vesícula
- Apendectomía
- Resección del intestino
- Hemorroidectomia
- Cirugía bariátrica
- Histerectomía
- Hernia
- Cirugía espinal
- Cirugía de la vejiga
- Resección de la próstata
- Operación cesárea
- Otro \_\_\_\_\_
- Ninguna

**MIAMI PHYSICAL THERAPY GROUP**  
**1771 CORAL WAY**  
**MIAMI, FL 33145**  
**OFFICE: (305) 859-2454 • FAX: (305) 859-2457**

**CONSENT TO THE USE AND  
DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION**

I understand that as part of my treatment, Miami Physical Therapy Group (MPTG) originates and maintains paper and/or electronic records describing my health history, symptoms, tests results, diagnosis, treatment, claims and payment information, etc. I understand that my health information will be used and disclosed by MPTG for treatment, payment and health care operations and serve as

- A basis for planning care and treatment
- A means of communication among health professionals who may contribute to my care
- A source of information to bill for health care services rendered
- A means by which an insurance company or other third party payor can certify that services were billed and actually provided
- A resource for healthcare operations such as assessing quality and reviewing the competence of health care professionals

I understand and have been provided with a Notice of Privacy Practices that provides a more complete description of information uses and disclosures. I understand that I have the following rights and privileges:

- The right to review the notice prior to signing this consent.
- The right to object to the use of my health information for directory purposes, and
- The right to request restrictions as to how my health information may be used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations.

I understand that MPTG is not required to agree to the restrictions requested. I further understand that MPTG reserves the right to change the terms of their privacy notices in accordance with section 164.520 of the code of Federal Regulations, and that MPTG reserves the right to make the new provisions effective for the health information that it already maintains and uses, as well as, for any health information that it may receive in the future. Should MPTG change their notice, I have the right to obtain a copy of any revised notice.

I understand that as part of MPTG's treatment, payment, or health care operations, it may become necessary to disclose my protected health information to another entity, and I consent to such disclosure for these permitted uses, including disclosures via fax.

I understand that I may revoke this consent at any time by notifying MPTG in writing. However, such revocation shall not affect any disclosures we have already made in reliance of your prior consent. I understand that if I refuse to sign this consent form allowing for the use and disclosure of my health information to carry out treatment, payment, or healthcare operations, MPTG may refuse to treat me.

In compliance with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA), there are certain things that we will need your permission to do while you are a patient in the clinic.

- Yes  No
- May we call your home or work with appointment reminders, or to set up an appointment?
  - May we text your cell with appointment reminders, or to set up an appointment?
  - May we leave a message with someone at your home or on your answering machine?
  - May we call you or your child by your name in the clinic when you are here or when speaking to you on the phone?

**CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y  
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Entiendo que como parte de mi tratamiento, Miami Physical Therapy Group (MPTG) origina y mantiene registros electrónicos o de papel que describe mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos, tratamientos, reclamos y pagos, etc.. Entiendo que esta información sera utilizada y divulgada por MPTG para las operaciones de pago, tratamiento y cuidado de la salud y sirve como

- Una base para la planificación de atención y tratamiento médico.
- Un medio de comunicación entre profesionales de salud que pueden contribuir a mi cuidado.
- Información para la aplicación de mi diagnóstico y tratamiento a mi cuenta.
- Un medio por el cual una compañía de seguros o tercero pagador puede verificar que los servicios fueron facturados y efectivamente otorgados, y
- Una herramienta para operaciones rutinarias de atención médica tales como la evaluación de la calidad y revisión de la competencia de los profesionales médicos.

Entiendo y me han dado un Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción de usos de la información y divulgaciones más completa. Entiendo que tengo los siguientes derechos y privilegios:

- El derecho de revisar el aviso antes de firmar este consentimiento.
- El derecho de oponerme al uso de mi información médica para propósitos de directorio, y
- El derecho a solicitar restricciones en cuanto a cómo mi información médica puede ser usada o divulgada para llevar a cabo operaciones de pago o tratamiento médico.

Entiendo que no es necesario que MPTG esté de acuerdo con las restricciones solicitadas. Además, entiendo que MPTG se reserva el derecho de cambiar los términos de sus avisos de privacidad de acuerdo con la sección 164.520 del código de regulaciones federales, y MPTG reserva el derecho de realizar las nuevas disposiciones eficaces para la información de salud que ya mantiene y utiliza; y para cualquier información de salud que puede recibir en el futuro. Si MPTG cambia su aviso, tengo el derecho a obtener una copia de cualquier aviso modificado.

Entiendo que como parte del tratamiento, pago o operaciones de atención médica de MPTG, puede ser necesario revelar mi información de salud protegida a otra entidad, y doy mi consentimiento a tal revelación para estos usos, incluyendo declaraciones vía fax. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento notificando por escrito a MPTG. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hemos hecho en dependencia de su consentimiento previo. Entiendo que si me niego a firmar este consentimiento, lo que permite el uso y la divulgación de mi información de salud para llevar a cabo el tratamiento, pago o otras operaciones de atención médicos, MPTG puede negarse a tratarme.

En cumplimiento de la ley de rendición de cuentas de 1996 (HIPPA) y Health Insurance Portability, hay ciertas cosas que vamos a necesitar permiso para hacer mientras usted es un paciente en la clínica.

- Sí  No
- ¿Podemos llamar a tu hogar o trabajo con recordatorios de la cita, o para programar una cita?
  - ¿Podemos dejar un mensaje con alguien en su hogar o en su máquina contestadora?
  - ¿Podemos llamar a usted o a su hijo por su nombre en la clínica cuando estás aquí o cuando hablando con usted por teléfono?

**Please see reverse side/Por favor consulte el reverso de la página**

PRINT PATIENT NAME/ IMPRIMA EL NOMBRE:

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE:

DATE/FECHA:

**MIAMI PHYSICAL THERAPY GROUP**  
**1771 CORAL WAY**  
**MIAMI, FL 33145**  
**OFFICE: (305) 859-2454 • FAX: (305) 859-2457**

**FINANCIAL POLICY, ASSIGNMENT OF INSURANCE**  
**BENEFITS, AND GUARANTEE OF PAYMENT**

It is essential that you understand YOUR financial involvement before beginning your treatment.

**SELF-PAY**

**Payment is expected as services are rendered unless other prior arrangements have been made.** We accept personal checks, VISA, MASTERCARD, and cash as forms of payment.

**INSURANCES**

After verification of your insurance coverage and benefits, we will submit claims on your behalf to your primary and/or secondary insurance carriers and try to provide you with an estimate of your responsibility at the time of treatment. This estimate is based on your personal insurance plan, and is not always known exact until after medical claim(s) are processed. Your responsibility is estimated to the best of our ability and there is a possibility you will receive a bill for the remainder of the fees not covered by your insurance company(s) after all the claims have been processed. **You will be expected to contribute/meet your deductible, pay your co-pay and/or co-insurance at the time services are rendered, as well as any services not covered by your insurance carrier after claims have been processed.**

I authorize my insurance carrier to pay directly to MPTG all proceeds payable under the terms of my policy for services rendered.

I understand that my insurance company may not cover all charges incurred by me at Miami Physical Therapy Group (MPTG), and that verification of benefits does not guarantee payment. If we have not received payment from your insurance company within a reasonable amount of time and/or you fail to provide us or the insurance company with the requested information to process your claim, the balance will then become your responsibility. I understand and agree to pay any unpaid balance not covered by my insurance company(s).

I understand that payment is due in full upon receipt of the billing statement (if applicable) unless other payment plans have been agreed upon by both parties. Failure to make payment when due can result in the account being turned over to a collection agency. I hereby agree to pay interest and all cost of collection efforts including reasonable attorney's fee.

**MEDICARE**

Medicare law requires us to make you aware the patient will be billed for rehabilitative services. We accept Medicare assignment on all patients. Outpatient physical therapy services are billed under Medicare Fee Schedules. Medicare will pay for reimbursable rehabilitation services up to 80%. We will bill you or your secondary insurance for the remaining balance.

Medicare will not reimburse outpatient physical therapy services if you have had Home Health Services in the last 3-4 months and have not been discharged, you are affiliated with or are becoming affiliated with an HMO plan such as Medica or Preferred Care Network of which we are not a participating provider. Failure to inform us you received Home Health Care within the last 3-4 months, failure to inform us of your assigning benefits to/or becoming affiliated with an HMO plan in which we are a non-participating provider just prior to, or during your course of treatment may result in Medicare's denial of our claims and said balance becoming your responsibility.

I certify that I am not currently receiving home health care, and have disclosed all pertinent information to MPTG about my Medicare assignment. I further understand that I am responsible for any balance not covered by Medicare and/or secondary insurance (if applicable).

I acknowledge that this form has been fully explained to me and that I have read and understand the provisions appearing on this form, and that by signing this form, I consent to the provisions individually and collectively.

**PÓLIZA FINANCIERA, ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE**  
**SEGURO Y GARANTÍA DE PAGO**

Es esencial que usted entienda su responsabilidad financiera antes de comenzar su tratamiento.

**CARGO POR SERVICIO**

El pago se espera cuando se realiza los servicios a menos que se han hecho otros arreglos previos. Aceptamos cheques personales, VISA, MASTERCARD y efectivo como formas de pago.

**SEGUROS**

Después de la verificación de su cobertura de seguro y beneficios, nosotros presentaremos reclamos en su nombre a su compañía(s) de seguro y intentaremos de proporcionar un estimado de su responsabilidad al momento del tratamiento. Esta estimación es basada en su plan de seguro personal y no es siempre exacta hasta después que los reclamos médicos son procesados. Su responsabilidad se estima a lo mejor de nuestra capacidad y existe la posibilidad que usted recibirá una factura por el resto de los gastos no cubiertos por su seguro(s) después que todos los reclamos han sido procesados. **Se espera que usted contribuya/cumpla con su deducible, pague su copago o co-seguro cuando se realiza los servicios, así como cualquier servicios no cubierto por su seguro después que los reclamaciones han sido procesados.**

Yo autorizo a mi compañía de seguros que pague directamente a MPTG todas las ganancias pagaderas conforme a los términos de mi póliza por los servicios realizados.

Entiendo que mi compañía de seguros puede no cubrir todos los gastos incurridos por mí en Miami Physical Therapy Group (MPTG), y que verificación de beneficios no garantiza el pago. Si no hemos recibido el pago de su seguros dentro de un periodo de tiempo razonable o usted falla de proporcionar nos o la compañía de seguros con la información requerida para procesar su reclamo, entonces el saldo se convertirá en su responsabilidad. Yo entiendo, y acepto pagar cualquier saldo no pagado o no cubierto por mi compañía de seguro(s). Entiendo que el pago es debido en completo sobre el recibo de la declaración de facturación (si aplica) a menos que otros arreglos de pago han sido acordados por ambas partes. Falta de pagar cuando es debido puede resultar en que la cuenta sea entregada a una agencia de cobranza. Por la presente estoy de acuerdo en pagar intereses y todo costo de esfuerzos de cobranza, incluyendo honorarios razonables de un abogado

**MEDICARE**

La ley de Medicare nos obliga a hacerle conocer que al paciente se le cobrará por servicios de rehabilitación. Aceptamos asignación de Medicare en todos los pacientes. Servicios de terapia física para pacientes ambulatorios se facturan bajo del programa de honorarios de Medicare. Medicare pagará hasta un 80% por los servicios de rehabilitación reembolsables. Usted o su seguro secundario es responsable por el saldo restante.

Medicare no reembolsará servicios de terapia física ambulatorios si usted ha tenido atención medica domiciliaria en los últimos 3-4 meses y aun no ha sido dado de baja, o si usted está afiliados con o esta en proceso de afiliandose con un plan HMO como Medica o Preferred Care Network de que MPTG no es proveedor. Falta de informarnos que recibió atención medica domiciliaria en los últimos 3-4 meses, o falta de informarnos de la asignación de sus beneficios o su afiliación con un plan de salud HMO en cual no participamos, justo antes o durante el curso del tratamiento puede resultar en la negación de nuestros reclamos y dicho saldo convirtiéndose en su responsabilidad.

Yo certifico que actualmente no estoy recibiendo atención médica domiciliaria y que he revelado toda la información pertinente sobre mi asignación de beneficios de Medicare. Además, yo entiendo que soy responsable por cualquier saldo no cubierto por Medicare o mi seguro secundario (si corresponde).

Yo reconozco que este formulario ha sido explicado totalmente a mí y que he leído y entiendo las disposiciones que aparecen en este formulario, y que al firmar este formulario, doy mi consentimiento a la provisions individual y colectivamente.

PRINT PATIENT NAME/ IMPRIMA EL NOMBRE:

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE:

DATE/ FECHA:

**MIAMI PHYSICAL THERAPY GROUP**  
**1771 CORAL WAY**  
**MIAMI, FL 33145**  
**OFFICE: (305) 859-2454 • FAX: (305) 859-2457**

**PATIENT RESPONSIBILITIES,**  
**CONSENT TO TREATMENT, & RELEASE OF LIABILITY**

**PATIENT RESPONSIBILITIES**

Your responsibilities include but are not limited to:

1. Providing accurate and complete information about past medical history, medical insurance coverage, benefits, and any third party involvement such as pertaining to auto claims or a legal case (if applicable)
2. Following a treatment plan as recommended by practitioners. Making it known whether you clearly comprehend a contemplated course of action and what is expected of you.
3. Your own actions when refusing treatment or not following the practitioner's instructions.
4. Assuming all financial obligations for your healthcare as outlined by your insurance carrier. Please refer to our financial policy form for more detailed information. In addition these policies, there will be a \$25.00 charge for any returned check. This amount is in addition to any balance due, and must be promptly paid by cash or money order.
5. Keeping appointments and notifying facility of any changes in an appropriate amount of time. Whenever possible, please provide us with a 24 hour notification to cancel an appointment. This allows us the time necessary to reschedule your therapist with another patient who may be on a waiting list.
6. Holding in strict confidence other patient's health information which may be obtained during socialization. Unauthorized disclosure may result in civil or criminal liability.

**CONSENT TO TREATMENT**

I consent to all medical treatment and procedures deemed necessary and that may be performed, administered, or rendered by or under specific or general instructions of my healthcare provider. I hereby voluntarily consent to the rendering of medical treatment by the medical staff of MPTG. I further authorize MPTG to provide medical treatment and therapy in areas not totally isolated from other patients and/or staff, unless said treatment or procedures would require privacy and/or isolation.

**AGREEMENT & RELEASE OF LIABILITY**

I have been informed and understand that strength & flexibility exercises, including the use of equipment, are potentially hazardous activities. I also understand that fitness activities involve a risk of injury, including a remote risk of death or serious disability and that I am voluntarily participating in these activities and using equipment and machinery with full knowledge, and understanding of the possible danger involved. I agree and accept any and all risk of injury or death.

I further declare myself to be physically sound and suffering from no condition, impairment, disease, infirmity, or other illness that would prevent my participation in the exercises, activities, programs, and use of equipment or machinery. I understand the MPTG's provision and maintenance of an exercise/fitness program for me does not constitute an acknowledgement, representation indication of my physiological well being or medical opinion relating thereto.

I acknowledge that I have been informed of the need for a physician's approval for my participation in the exercises, activities, programs. I acknowledge that I have either had a physical examination and have been given my physician's permission to participate, or that I have decided to participate in the exercise activities, programs and use of equipment without the approval of my physician and do hereby assume all responsibility for my participation in said activities, programs and use of equipment.

In consideration of being allowed to participate in a personal rehabilitative/fitness training activities and programs of MPTG, and to use the equipment and services, in addition to the payment of any fee or charge, I do hereby forever waive release, and discharge MPTG, from any claims, or liabilities for injuries or damages to my person and/or property, including those caused by a negligent act or omission, arising out of, connected to or recommended by MPTG.

I understand and agree that MPTG and its staff are not liable for loss or damage of personal property.

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE, CONSENTIMIENTO DE**  
**TRATAMIENTO, Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD**

**RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE**

Sus responsabilidades incluyen pero no son limitadas a:

1. Proporcionar información completa y precisa sobre su historial médico, sobre su beneficios y seguro médico, y cualquier implicación tales como o relativas a reclamaciones por auto o un caso legal (si corresponde)
2. Siguiendo el plan de tratamiento recomendado por su terapeuta y dejando nos saber si usted comprende claramente el curso de tratamiento y qué se espera de usted.
3. Sus propias acciones cuando echazando el tratamiento o no siguiendo las instrucciones del terapeuta.
4. Asumir todas las obligaciones financieras por su atención médica como se le indica por su seguro. Por favor consulte nuestro formulario de póliza financiera para obtener información más detallada. Además de estas pólizas, habrá un cargo de \$25.00 por cualquier cheque devuelto. Esta cantidad es además de cualquier saldo adeudado y debe ser pagada puntualmente por efectivo o money order.
5. Notificando nos de cualquier cambio en su citas. Siempre que sea posible, les pedimos que por favor nos proporciona con una notificación de 24 horas para cancelar una cita. Esto nos permite el tiempo necesario para reprogramar a su terapeuta con otro paciente que puede estar en una lista de espera.
6. Mantener en estricta confidencia información de salud de otros pacientes que usted puede obtener durante la socialización. La divulgación no autorizada puede resultar en responsabilidad civil o penal.

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Doy mi consentimiento a todos los tratamientos médicos y procedimientos considerados necesarios y que pueden ser realizados, administrado o prestados por o bajo instrucciones generales o específicas de mi proveedor de atención médica. Voluntariamente doy mi consentimiento a la prestación de atención médica por el personal médico de MPTG. Además autorizo a MPTG para proporcionar tratamiento médico y terapia en zonas no totalmente aislados de otros pacientes o personal, a menos que dicho tratamiento o procedimientos requieren privacidad o aislamiento.

**ACUERDO & LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Me han informado y comprendo que los ejercicios de fuerza & ejercicios de flexibilidad, incluyendo el uso de equipos, son actividades potencialmente peligrosas. También entiendo que actividades de gimnasio implican un riesgo de lesiones, incluyendo un riesgo remoto de muerte o discapacidad grave y que voluntariamente estoy participando en estas actividades y utilizando maquinaria y con pleno conocimiento, comprensión, y reconocimiento de los peligros involucrados. Por la presente, estoy de acuerdo y acepto todo riesgo de lesiones o la muerte.

Además declaro estar físicamente sano, ni sufriendo de ninguna condición, discapacidad, enfermedad, invalidez o otra enfermedad que impida mi participación en los ejercicios, actividades, programas y uso del equipo o maquinaria. Yo entiendo que el suministro y mantenimiento de un programa de ejercicio de gimnasio para mí por MPTG no constituye un reconocimiento, la representación, o indicación de mi bienestar fisiológico o dictamen médico correspondientes.

Reconozco que he sido informado de la necesidad de la aprobación de un médico para mi participación en los programas de ejercicios, actividades, y uso de equipos o maquinaria. Reconozco que he tenido un examen físico y que he recibido permiso de mi médico para participar, o que he decidido participar en las actividades de ejercicio, programas y uso de equipos sin la aprobación de mi médico. Por la presente, aseguro toda la responsabilidad por mi participación en dichas actividades, programas y uso de los equipos.

En consideración de que se permitió participar en las actividades de capacitación de rehabilitación física y programas de MPTG y por utilizar los equipo y servicios, además del pago de cualquier cuota o cargo, yo renuncio, libero, y descargo a MPTG de cualquier reclamación o responsabilidad por lesiones o daños a mi persona o propiedad, incluyendo esos causados por un acto negligente u omisión que surja de, es conectado o recomendado por MPTG. Entiendo y concuerdo que MPTG y su personal no son responsables por pérdidas o daños de propiedad personal.

PRINT PATIENT NAME/ IMPRIMA EL NOMBRE:

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE:

DATE/ FECHA: