

RENUNCIA Y EXONERACIÓN RESPECTO AL DISPOSITIVO DE PRESIÓN DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS POSITIVO

Por medio del presente elijo utilizar mi propio dispositivo de presión de vías respiratorias positivo. Estoy enterado que el hospital St. Anthony Central Hospital tiene dispositivos similares. El dispositivo de Presión de Vías Respiratorias positivo de dos niveles (BIPAP), un dispositivo de Presión de Vías Respiratorias Positivo Continuo (CPAP), y un dispositivo similar de presión de vías respiratorias positivo, están disponibles para mí. No deseo utilizarlos.

Estoy consciente que el hospital no puede verificar mi dispositivo para cerciorarse si funciona adecuadamente. También sé que existen muchos tipos de dispositivos. Estoy consciente de que el personal del hospital no está capacitado para utilizarlos.

Al firmar esta renuncia, estoy de acuerdo en indemnizar y mantener al St. Anthony Hospital y/o Centura Health en paz y a salvo. Esta indemnización aplica para cualquiera y todas las responsabilidades que pueda yo sufrir debido al uso de mi dispositivo mientras me encuentre en el hospital.

Firma

Fecha

--