

PERFIL DE LA CAPACIDAD FÍSICA®
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo entiendo que voy a realizar una serie de pruebas de fuerza y habilidad. Entiendo que instrucciones específicas se darán antes de cada de prueba. Entiendo que la prueba de fuerza se mide con un dinamómetro. Entiendo que deberá ejercer el máximo esfuerzo en cada una de las pruebas. Yo recibirá instrucciones en cuándo comenzar mi esfuerzo y cuándo parar. Entiendo que debo ejercer mi esfuerzo despacio para que no realizara las pruebas de resistencia lo más rápido posible. Entiendo que debo detener el procedimiento de prueba si siento algún dolor. Si, empiezo a sentir algún dolor, entiendo que debo detener la prueba inmediatamente, informar a la persona administrando la prueba. Si yo estoy haciendo algo mal, voy a ser detenido. Yo entiendo que si yo siento que soy incapaz de realizar una prueba, deberé informarle a la persona administrando la prueba. Si tengo alguna condición médica que me prohíbe o limitan mi capacidad de realizar una prueba, debo de informar a la persona administrando la prueba.

Además, reconozco que he recibido una copia de Twin Rivers Urgent Care's Anuncio de Derechos de Privacidad

Firma del Solicitante _____

Imprimir Nombre _____

Número de Seguro Social _____

Fecha _____