

Tim Kuhn, DPT

Chris Amundson, DPT

Austin Aranda, DPT

Emily Ellerbrock, DPT

Andrew Lioi, DPT

Shane Collins, DPT

Marc Magstadt, MPT



Consentimiento para el tratamiento del menor por el padre / tutor legal

Nombre Legal Completo ("Menor"): _____

Dirección de casa del menor: _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Yo _____ (nombre del padre / tutor legal), declaro que tengo la custodia legal del Menor antes mencionado y la autoridad para autorizar y dar consentimiento para que Premier Physical Therapy & Sports Performance realice una Evaluación Inicial y cualquier cita / tratamiento subsiguiente con o sin un padre/ tutor presente.

Además, como padre o tutor legal del menor, por el presente acuerdo de mantener a Premier Physical Therapy & Sports Performance y cualquiera de sus empleados o agentes, de fuera denuncias, cualquier reclamo y demandas por daños y complicaciones que puedan resultar de dicho tratamiento.

TENGA EN CUENTA: PPT recomienda enfáticamente la participación de padres o tutores legales en la cita de evaluación inicial y todas las citas posteriores. En la evaluación inicial, el terapeuta establecerá el plan de cuidado y revisará, en detalle, los componentes de tratamiento necesarios para el plan de atención, incluyendo la frecuencia y la duración de las visitas. Es importante que tanto el menor como los padres / tutores del paciente comprendan el tratamiento que se brinda. Entiendo la descripción anterior de la Cita de Evaluación Inicial y las citas posteriores y reconozco la importancia de asistir a todas las citas con mi hijo menor de edad. Si no puedo asistir, aceptaré la responsabilidad de contactar al fisioterapeuta evaluador directamente con cualquier pregunta o inquietud relacionada con la evaluación o tratamiento específico.

Nombre impreso del padre o tutor legal: _____

Firma del padre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre o tutor legal: _____

Dirección de correo electrónico del padre o tutor legal: _____

Firma de testigo: _____ Fecha: _____

Reno Office

615 Sierra Rose Dr

Suite 2A

Reno, NV 89511

P: (775) 828-9724

F: (775) 828-9728

Sparks Office

2175 Green Vista Dr.

Suite 210

Sparks, NV 89431

P: (775) 674-8903

F: (775) 674-8907

Carson City Office

1898 E. College Pkwy

Suite 102

Carson City, NV 89706

P: (775) 883-8800

F: (775) 883-8815