

# Permit for Using Electrical Appliances

---

I hereby request (*name of appliance*) \_\_\_\_\_ in my room while a patient in (*name of hospital*) \_\_\_\_\_.

I do this at my own risk and hereby release and hold harmless the hospital, its employees, my physician(s) and any other person participating in my care from any and all responsibility for burns, injuries or property damage which may result from or because of my use of the appliance(s).

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(*patient/legal representative*)

If signed by someone other than patient, indicate relationship: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(*legal representative*)

Original: Medical Record

Copy: Patient

# Permiso Para Usar Aparatos Electricos

---

Por la presente, solicito el siguiente aparato eléctrico (*nombre del aparato*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ para utilizar en mi cuarto mientras esté  
internado/a en (*nombre del hospital*) \_\_\_\_\_, lo hago a mi propio riesgo y,  
por la presente, eximo y libero a dicho hospital, al personal de éste, así como a mi(s) médico(s)  
y cualquier otra persona que esté participando en mi atención, de toda responsabilidad por  
quemaduras, daños a mi persona o a mis bienes, que pudieran resultar del uso de dicho(s)  
aparato(s).

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(*paciente o representante legal*)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(*representante legal*)

Original: Medical Record

Copy: Patient