

# Release of Side Rails

---

I have been informed that protective side rails should be placed on my bed and raised for my personal protection.

I hereby instruct the hospital and its employees not to place or raise protective side rails on my bed. I hereby assume all risks, including the risk of falling from the bed to the floor, in connection therewith and fully release the hospital, its employees, my physician(s) and any other person participating in my care, from any and all liability for any injury or damage to me by reason of the failure to place or raise protective side rails on my bed.

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

# Desenganche de las Barandillas de Protección

---

Se me ha informado que las barandillas de protección se deberían colocar en mi cama y levantarse por motivos de mi protección, ordeno a dicho hospital, por la presente, que no coloque ni levante en mi cama las barandillas de protección.

Por la presente, indico al hospital y a sus empleados que no coloquen ni suban los rieles laterales de protección de mi cama. Por la presente, asumo todos los riesgos, incluyendo el riesgo de caída de la cama al suelo, y en relación con el mismo, libero completamente al hospital, sus empleados, mi(s) médico(s) y cualquier otra persona que participe en mi cuidado, de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño causado por no colocar o subir los rieles laterales de protección en mi cama.

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