

[Descargo de Responsabilidad](#) ×

El/La que suscribe , nacido/a en , el / / , con domicilio en , Calle/Plaza , número , Código Fiscal/NIF , declara haber recibido en el día de la fecha un dispositivo Holter de Electromiografía, modelo dia-BRUXO, del centro sanitario

El/La que suscribe declara haber sido informado/a sobre:

El propósito y modo de uso del dispositivo dia-BRUXO.



Las precauciones que se deben adoptar durante el uso del dispositivo.



El procedimiento para la devolución del dispositivo.



La responsabilidad en caso de daño o pérdida del dispositivo.

El/La que suscribe se compromete a:

Utilizar el dispositivo dia-BRUXO siguiendo las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario.



Custodiar el dispositivo con cuidado, evitando golpes, caídas o exposición a fuentes de calor o humedad.



No manipular ni intentar reparar el dispositivo.



Devolver el dispositivo en las mismas condiciones en las que fue entregado, en la fecha y hora acordadas.



Rellenar con precisión el diario de actividades.

El/La que suscribe es consciente de que, en caso de daño o pérdida del dispositivo, podría ser responsable de indemnizar total o parcialmente al centro sanitario por el coste de su sustitución o reparación.

El/La que suscribe autoriza al centro sanitario al tratamiento de los datos personales recogidos por el dia-BRUXO System, de conformidad con la normativa de privacidad.

Fecha:

..... / /

Firma:

.....

Firma del Responsable Sanitario:

.....