



VIRTUAL REALITY FOR KIDS

Advocating to Change

11365 Hwy 231/431 North
Meridianville, AL 35759 Suite B

■ Formulario de Consentimiento y Liberación – Terapia de Juego en VR ■

■ Información del Niño

Nombre Completo:	_____		
Fecha de Nacimiento:	_____	Edad:	_____
Nombre del Padre/Madre/Tutor:	_____		
Número de Teléfono:	_____		
Correo Electrónico:	_____		
Nombre del Hospital:	_____		
Número de Habitación:	_____		

■ Consentimiento y Liberación

Yo, el/la abajo firmante, soy el padre/madre/tutor del niño mencionado arriba. Entiendo que la Terapia de Juego en VR es una actividad recreativa y de apoyo, **no un tratamiento médico**. Doy mi consentimiento para la participación de mi hijo(a).

Libero a Patricia Haley Charity, a su personal, voluntarios y afiliados de cualquier responsabilidad relacionada con el uso del equipo de VR o la participación en la Terapia de Juego en VR.

- Doy permiso para que mi hijo(a) participe en la Terapia de Juego en VR.
- Permito que se tomen fotos/videos de mi hijo(a) durante las sesiones para ser usados en la divulgación de Patricia Haley

■ Sección de Firmas

Firma del Padre/Madre/Tutor:	_____	Fecha:	_____
------------------------------	-------	--------	-------

Firma del Testigo del Personal:	_____	Fecha:	_____
---------------------------------	-------	--------	-------

■ ***Solo para Uso de PHC***

Sesión Realizada Por:	_____	Fecha:	_____
Notas:	_____		

■ Patricia Haley Charity – Llevando Alegría y Sanación a través de VR ■
■ 11365 Hwy 231 Suite B, Meridianville, AL 35759 | ☎ 256-683-7287