

LABEL

Este acuerdo es entre _____ (Paciente) y Austin Regional Clinic (ARC).

Términos y Condiciones del Préstamo de Equipo

1. Austin Regional Clinic prestará el equipo al paciente según los términos y condiciones de este acuerdo.
2. El equipo será prestado desde _____ hasta _____ entre las 7:00am y las 5:00pm. **Se aplicará un cobro de \$25.00 por día por cada día adicional que se tarde en devolver la unidad o equipo a la clínica. (Al menos que usted haya hablado previamente con algún representante de ARC para devolver la unidad en otro día que sería mejor para usted.)**
3. El período de préstamo del equipo se puede extender mediante el consentimiento mutuo de ambas partes.
4. Ninguna variación o enmienda (cambio) de este acuerdo entrará en efecto al menos que se haga por escrito y sea aprobado por Austin Regional Clinic.

Recolección y Entrega del Equipo

El paciente debe concertar (arreglar) una hora que sea mutuamente conveniente para recoger el equipo de Austin Regional Clinic y después entregar el equipo a Austin Regional Clinic para la fecha indicada arriba.

Título y Riesgo

1. El título y todos los derechos sobre el equipo permanecerán en todo momento con Austin Regional Clinic. El paciente reconoce que no tiene ningún derecho, título o propiedad sobre el equipo.
2. Antes de que el equipo sea recogido, Austin Regional Clinic hará que el equipo sea revisado para asegurar que este funcionando adecuadamente para su propósito.
3. **El riesgo de cualquier pérdida o daño del equipo pasará a ser la responsabilidad del paciente una vez que el equipo deje de estar en posesión de Austin Regional Clinic** y la responsabilidad no volverá a Austin Regional Clinic hasta que el equipo sea devuelto a Austin Regional Clinic.

Obligaciones del Propietario

1. Proveer al paciente con instrucciones de operaciones (cómo funciona el equipo) o entrenamiento como sea necesario.
2. Proveer la información adicional necesaria para llevar a casa (material imprimido) sobre el uso correcto del equipo.

Obligaciones del Paciente

El paciente que toma prestado el equipo acepta que durante el período de préstamo deberá:

1. Mantener el equipo en su posesión y control y asegurar que esté seguro contra pérdida, daño u robo.
2. Usar u operar el equipo según las instrucciones operativas emitidas y para el propósito para el que fue diseñado.
3. Mantener el equipo en buen estado de funcionamiento.

Equipo Perdido o Dañado

En caso de que el equipo sea perdido o dañado, el paciente acepta pagar el costo para reemplazarlo **(de \$2,400.00 por el monitor de sueño azul y \$75 por el pulsioxímetro azul, y también \$20.00 por la bolsa SleepView negra)** a Austin Regional Clinic.

Número de Serie del Dispositivo/Equipo: _____

El paciente ha recibido el Dispositivo/Equipo SleepView, Suministros y el Estuche de Transporte (la bolsa) incluyendo:

- El Dispositivo/Equipo SleepView, Pulse Ox Soft, Suministros de Prueba de Sensores

Fecha en que el equipo fue dispensado al paciente: _____

He recibido instrucciones y comprendo el uso correcto del dispositivo/equipo. También me han informado y entiendo los términos que se aplican si devuelvo el equipo tarde.

Nombre del Paciente en

letra de molde (imprimido): _____

Firma: _____

Fecha en que se devolvió el dispositivo/equipo a Austin Regional Clinic: _____

Firma de Personal de Austin Regional Clinic: _____