



# Normal Moments

## Acuerdo de la Familia

La persona abajo firmante, \_\_\_\_\_, de parte de la familia registrado para recibir servicios de Normal Moments, Inc. (representativo de la familia o mío), desea recibir ciertos servicios de Normal Moments, Inc. (NM), principalmente a través de voluntarios de NM (Voluntarios) u otros representantes de NM. En el momento que estoy firmando, un hijo en mi familia se encuentra críticamente enfermo y por tal razón me he registrado con NM. Mis iniciales al lado de cada párrafo abajo demuestran que he leído, comprendo, y estoy de acuerdo con los condiciones del contrato.

### **SERVICIOS DE NM**

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que NM es una organización de servicios suplementarios que tiene el objetivo de reducir ansiedad diaria para los padres de hijos críticamente enfermos. Yo entiendo que NM ofrece servicios de urgencia a las familias.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo de permitir acceso a un representante de NM, quien puede ser un voluntario, a la casa de la familia si yo pido un animal domestico, una planta, u otros servicios a la residencia.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo de permitir acceso a un representante de NM, quien puede ser un voluntario, al hospital y al cuarto de mi hijo si yo pido apoyo o compañerismo.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que las obligaciones de NM pueden incluir el cuidado de animales domésticos, las plantas y cosas personales en la casa de la familia y que estos servicios pueden ser hechos por voluntarios. Yo entiendo que NM, sus voluntarios y sus representantes no son responsable por el servicio médico o tratamiento de los animales domésticos, las plantas o la propiedad en la casa de la familia.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que NM no ofrece ninguna forma de servicios médicos; que NM, sus voluntarios y sus representantes no abogan por ni son partidarios de la familia o nuestro hijo; y que NM, sus voluntarios y sus representantes no son responsables por el servicio médico o tratamiento de los hijos. Estoy de acuerdo de notificar NM inmediatamente si el voluntario dice cualquier cosa para sugerir u ofrecer recomendaciones o consejos medicas.

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que NM no da servicios para personas dependientes o hace transacciones financieros de parte de la familia.

\_\_\_\_\_ (Iniciales)



# Normal Moments

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo notificar a NM cuando el tratamiento de mi hijo se ha completado y reembolsar NM por cualesquiera gastos relacionados a los servicios hechos después que el tratamiento está completo a menos que se acuerde previamente por escrito por NM, incluyendo pero sin limitación a gastos legales necesario para recuperar los gastos.

## ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

\_\_\_\_\_ Puedo decidir que sea necesario o provechoso divulgar a NM, sus voluntarios, o sus representantes información confidencial médica y otra información. Entiendo que NM, sus voluntarios y sus representantes están de acuerdo de proteger toda la información confidencial y limitar la discusión de esa información a el " David Coordinator" u otro director de NM y proteger privacidad de la familia y de su hogar. Entiendo que NM acuerda a no: permitir a otros individuos que no sean voluntarios cualquier acceso a la casa de la familia; remover la propiedad de la familia del hogar de la familia (a excepción de los servicios de animales domésticos o de otros servicios pedidos por la familia que requieren el retiro de animales domésticos o la propiedad del hogar de la familia); y no participar de cualquier actividad que no sea las acordadas entre NM y la familia.

## NO INDEMNIZACION

\_\_\_\_\_ ***Estoy de acuerdo de eximir de responsabilidad a NM, sus voluntarios y agentes por cualquier lesión de cualquier tipo que pueda ocurrir mi familia, mis animales domésticos o mi persona o propiedad personal y real y de ocurrir algún daño acuerdo a no ser indemnizado.***

## ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LAS PROVISIONES ANTEDICHAS.

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del representante de la familia

\_\_\_\_\_  
Firma del representante de la familia

Fecha: \_\_\_\_\_