bellinhealth

Revised 4/29/16

CORAUT

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD – ATLETA ESTUDIANTE

Nombre del estudiante (Primer, Segundo y Apellido) ☐ menor emancipado

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono de los padres

Nombre de la escuela atendida por el estudiante

Fecha anticipada de graduación (mes/año)

AUTORIZA A: Entrenadores Atléticos Licenciados, Fisioterapeutas de Bellin Health y Especialistas Certificados en la Fuerza y Acondicionamiento
1970 S. Ridge Road
Green Bay, WI 54304

PARA DIVULGAR: Información concerniente a mi salud que impacta mi habilidad de participar en deportes o actividades de salón de clase. Esto puede incluir información sobre lesiones (tales como pero no limitadas a esguinces, torceduras o concusiones), cirugías (tales como pero no limitadas a reconstrucción de Ligamento Anterior Cruzado, reparación del mango rotador del hombro), resultados de pruebas (tales como pero no limitadas a Imágenes de Resonancia Magnética o resultados de pruebas ImPACT), o condiciones médicas (tales como pero no limitadas a asma).

A: Los oficiales de la escuela que atiendo. Esto debe incluir personal de entrenamiento, directores atléticos y facultad educacional (incluyendo administradores de la escuela) quienes hacen parte de mi regreso a la progresión académica normal o actividades deportivas.

EL PROPOSITO DE LA DIVULGACION DE ESTA INFORMACION ES:

- Informar al personal de entrenamiento y/o de facultad educacional de mis limitaciones y habilidades relacionadas a mi salud para continuar participando en eventos deportivos, educación física y actividades de salón de clases.
- Brindar información al personal de entrenamiento y/o de facultad educacional sobre como ayudarme a participar de forma segura en eventos deportivos, educación física y el ambiente académico.

INFORMACION DIVULGADA PARA CUIDADO CONTINUO: Yo autorizo la divulgación de mi información médica para un cuidado médico continuo, de acuerdo con las leyes federales de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

FECHA DE EXPIRACION DE ESTE CONSENTIMIENTO: Si no se revocó previamente, esta autorización se expirará el 1 de Septiembre del año académico posterior, o después de la graduación o salida del sistema escolar, lo que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de repasar y entender el contenido de este formato de consentimiento de dos lados. Al firmar este formato, yo entiendo y estoy de acuerdo con el contenido.

Firma de persona legalmente autorizada (fecha/hora) para firmar por el estudiante menor de edad, o firma del estudiante si tiene 18 años de edad o mayor

Si es otra persona, indique la relación:

- ☐ Padre/Madre Custodio
- ☐ Guardián asignado por corte
- ☐ Agente de Cuidado de Salud
- ☐ Representante personal

Nombre en letra de imprenta de quien firma

He recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Bellin Health. _____ Iniciale

CORAUT

REDIVULGACION: Yo entiendo que la Facultad de la Escuela y/o Personal de Entrenamiento no son proveedores de cuidado de salud y no tienen que seguir los estándares de privacidad federales. La información de salud divulgada como resultado de esta autorización puede que ya no está protegida por los estándares de privacidad federal y mi información de salud puede ser a su vez divulgada sin necesidad de obtener mi autorización

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACION:

- **Derecho a recibir copia de esta autorización:** Si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, se me debe dar una copia firmada del formulario.
- **Derecho a rehusar el firmar esta autorización:** Yo entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario. Si elijo no firmar este formato, esto podrá limitar mi habilidad de participar en deportes debido a que el personal de entrenamiento necesita saber de los problemas de salud del estudiante que tienen impacto en la participación del estudiante en eventos atléticos.
- **Derecho a desistir esta autorización:** Yo entiendo que es necesaria una notificación escrita para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo cancelar mi autorización o de como recibir una copia de mi desistimiento, yo debo contactar a Bellin Health en la dirección administrada anteriormente. Yo tengo en cuenta que si cancelo esta autorización, esto no afectará las divulgaciones de mi información que ya hubiese ocurrido una vez que había dado mi autorización.

Una Fotocopia o copia del Fax es tan válida como el original.

Nota para el estudiante y pare el recipiente de información: Esta información divulgada es protegida bajo una Ley Federal titulada Estándares para la Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable 45 CFR Partes 160 & 164 y por el estatuto de Wisconsin 146.82 y 146.83. Regulaciones Federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información sin un consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.

bellinhealth

Revised 4/29/16

CONSEN

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO – ESTUDIANTE ATLETA

Nombre del estudiante ☐ menor emancipado
(Primer, Segundo y Apellido)

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono de los padres

Nombre de la escuela atendida por el estudiante

Fecha anticipada de graduación (mes/año)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Como resultado de la participación atlética/escuela, tratamiento puede ser necesario para el/la estudiante. Yo doy consentimiento a los Entrenadores Atléticos Licenciados de Bellin Health para evaluar, tratar y dirigir cualquier lesión y para activar el cuidado de emergencia según sea indicado dentro de su ámbito profesional para mi hijo(a) mencionado (a) anteriormente. Yo también doy consentimiento a los Entrenadores Atléticos Licenciados de Bellin Health para que enseñen a mi hijo(a) mencionado(a) anteriormente sobre mejoramiento del desempeño o técnicas o programas de ejercicios de corrección.

FECHA DE EXPIRACION DE ESTE CONSENTIMIENTO: Si no se revoca previamente, este consentimiento se expirará el 1º de septiembre del año académico posterior, o después de la graduación o al salir del Sistema escolar, lo que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de repasar y entender el contenido de este formato de consentimiento. Al firmar este formato, yo entiendo y estoy de acuerdo con el contenido.

Firma de persona legalmente autorizada (fecha/hora) para firmar por el estudiante menor de edad, o firma del estudiante si tiene 18 años de edad o mayor

Si es otra persona, indique la relación:
- ☐ Padre/Madre Custodio
- ☐ Guardian asignado por corte
- ☐ Agente de Cuidado de Salud
- ☐ Representante personal

Nombre en letra de imprenta de quien firma