

WARRIOR WELLNESS CENTER

Operated By **PRIMEHEALTH** 

Consentimiento físico deportivo

¡Bienvenido al Warrior Wellness Center!

El Warrior Wellness Center (WWC) es un centro de salud integrado dentro de Central High School que brinda acceso en la escuela a atención médica, de salud conductual y dental. La atención de alcance completo está disponible para los estudiantes y el personal de Central High School. Sin embargo, los exámenes físicos deportivos completados en WWC están abiertos a todos los estudiantes del Distrito 51. Este formulario de consentimiento es solo para exámenes físicos deportivos y no inscribe al estudiante en servicios adicionales en WWC.

Los estudiantes pueden asistir a las citas por sí mismos una vez que se haya recibido un formulario de consentimiento firmado. Los estudiantes serán enviados a casa con una copia de su formulario físico deportivo completo. Es responsabilidad del niño y de los padres proporcionar este formulario a la escuela para la participación deportiva.

Propósito del examen: El examen físico deportivo se realiza para evaluar la salud y el estado físico general del individuo en relación con su participación en actividades deportivas. El examen se centrará en identificar cualquier condición médica existente que pueda afectar la capacidad del individuo para realizar actividades físicas de manera segura.

Entiendo que el profesional médico que realiza el examen físico deportivo puede proporcionar recomendaciones o restricciones basadas en los resultados del examen o la información recibida del intercambio de información de salud. Estas recomendaciones pueden incluir modificaciones a la participación deportiva, evaluaciones o restricciones adicionales de medicamentos o planes de tratamiento. Tengo la oportunidad de hacer preguntas y discutir cualquier inquietud relacionada con este examen, ya sea en el momento del examen o después por teléfono si no puedo asistir.

Información demográfica

Nombre _____ Apellido del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado Actual _____ Número de Seguro Social _____ Tel. del Estudiante _____

Nombre completo del padre/tutor _____ Tel. _____ Relación con el estudiante _____

Nombre completo del padre/tutor _____ Tel. _____ Relación con el estudiante _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

A continuación, ingrese la dirección donde recibe el correo. Si no tiene una dirección postal, marque esta casilla:

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de correo electrónico _____

Dirección de correo electrónico del estudiante _____

¿A qué escuela asiste su hijo? _____

¿Su hijo tiene un proveedor de atención primaria? Yes No ¿Si es así, quién? _____

WARRIOR WELLNESS CENTER

Operated By **PRIMEHEALTH** 

Consentimiento físico deportivo

<u>Raza</u>	Negro/afroamericano	Indio americano o nativo de Alaska	Asiático	Blanco	Nativo de Hawái	Otros isleños del Pacífico	No proporcionado
<u>Idioma principal</u>	Lenguaje de señas americano	Inglés	Francés	Polaco	Ruso	Español	Otro
<u>Orientación sexual</u>	Recto	Bisexual	Lesbiana	Gay	Algo más	No sé	Elija no divulgar
<u>Etnicidad</u>	Origen hispano/latino	No es de origen hispano/latino	No proporcionado				
<u>Identidad de género</u>	Masculino	Hembra	Genderqueer/No binario	Mujer transgénero/Mujer transgénero	Hombre transgénero / Hombre transgénero	Otro	Elija no divulgar

Arreglos financieros

Un examen físico deportivo cuesta \$ 20, a menos que se discuta en la programación. Esto no está cubierto por su seguro a menos que se haga en coordinación con una visita de niño sano.

Prácticas de privacidad

Por la presente reconozco que se me ha ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad del centro de salud integrado. Una copia del Aviso de prácticas de privacidad está disponible en el sitio web de PrimeHealth+: PrimeHealthPlus.org.

Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE) proporciona fondos para los servicios de salud que recibo en el centro de salud integrado. CDPHE tiene la capacidad legal de recibir información sobre los servicios prestados a los pacientes. El CDPHE recibe datos combinados de todos los pacientes, y **estos datos no identifican a ningún paciente individual ni a la información de identificación del paciente.**

Doy mi consentimiento para que mi hijo /yo se someta a un examen físico deportivo realizado por un profesional médico con licencia en Warrior Wellness Center. Al firmar a continuación, indico que he leído y entendido la información presentada en este formulario de consentimiento y acepto los términos descritos.

Firma: _____ Fecha: _____