

# Warrior Wellness Center

WARRIOR WELLNESS CENTER  
AT CHS



## Formulario de consentimiento para físico requerido para practicar deportes

MH  
MarillacHealth

El Warrior Wellness Center (WWC) es un centro de salud integrado en 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 el 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, y es responsabilidad del estudiante y 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 general y el estado físico 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 la profesión médica que realiza el examen físico deportivo puede proporcionar recomendaciones o restricciones basadas en los resultados del examen o en la información recibida del intercambio de información de salud. Estas recomendaciones pueden incluir modificaciones en 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 del estudiante \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Grado actual \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Estudiante \_\_\_\_\_ Teléfono del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

\*A continuación, por favor, ponga 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 \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un proveedor de atención primaria (marque uno): **SI** **NO** En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

¿A qué escuela asiste su hijo? \_\_\_\_\_

Raza (Círcule al menos uno)	Lengua materna principal (Círcule al menos uno)	Orientación sexual (Círcule uno)	Etnicidad (Círcule uno)	Identidad de género (Círcule uno)	
NEGRO O AFROAMERICANO	LENGUAJE DE SEÑAS AMERICANO	HETEROSEXUAL	ORIGEN HISPANO/LATINO	MASCULINO	
INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA	INGLÉS	BISEXUAL	NO ES DE ORIGEN HISPANO/LATINO	FEMENINA	
ASIÁTICO	FRANCÉS	LESBIANA	NO PROPORCIONADO	GENDERQUEER/NO BINARIO	
BLANCO	POLACO	GAY	X	MUJER TRANSGÉNERO	
NATIVO HAWAIANO	OTROS ISLEÑOS DEL PACÍFICO	RUSO		ALGO MÁS	HOMBRE TRANSGÉNERO
NO PROPORCIONADO	ESPAÑOL	NO SÉ		OTRO	
	OTRO	OPTA POR NO DIVULGAR		OPTA POR NO DIVULGAR	

970-200-1603

## Acuerdos financieros

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

## 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 MarillacHealth: <https://marillachealth.org/hipaapolicy/>.

Entiendo que el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE, por sus siglas en inglés) proporciona fondos para los servicios de salud que recibo en el centro de salud integrado. El 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 información de identificación del paciente.**

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

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