Consentimiento para recibir atención médica y tratamiento en el Programa de Medicina del Deporte

Yo, _____, el padre o tutor legal de _____, estudiante de _____ (la "Escuela") cuya fecha de nacimiento es _____, autorizo a MH Hospital Manager, LLC y a cada uno de sus hospitales afiliados participantes, según corresponda, incluidos MH Mission Hospital, LLLP, MH Blue Ridge Medical Center, LLLP, MH Transylvania Regional Hospital, LLLP, MH Mission Hospital McDowell, LLLP, MH Angel Medical Center, LLLP, and MH Highlands-Cashiers Medical Center, LLLP (en el presente denominados "Mission" en forma individual o colectiva, según corresponda) y el personal asociado a prestar a mi hijo servicios de atención médica u otros servicios ofrecidos por el Programa de Medicina del Deporte y, cuando corresponda, a hacer remisiones para que mi hijo reciba servicios complementarios de atención médica como se indique necesario para su salud. *En ese caso, los estudiantes atletas y sus padres o tutores legales tendrán la opción de elegir a cualquier prestador de servicios de salud que ellos o que sus padres o tutores legales prefieran entre las numerosas opciones disponibles para los estudiantes atletas. No se requiere que ningún estudiante, ni que sus padres o tutores legales, hagan uso de los servicios médicos de Mission.*

Examen físico antes de la participación. Por el presente, doy mi permiso y consentimiento a Mission y a prestadores de servicios de salud participantes, licenciados y demás para que realicen un examen de chequeo físico antes de la participación ("examen de chequeo físico") de mi hijo. Acepto que ese examen de chequeo físico solo es una evaluación limitada y que no sustituye un examen médico integral. Entiendo y acepto que los prestadores médicos que lleven a cabo el examen de chequeo físico no serán responsables por cuidados médicos en curso o el tratamiento de afecciones médicas o lesiones que se presenten luego del examen de chequeo físico. Declaro, a mi leal saber y entender, que mi hijo no tiene ninguna enfermedad médica conocida que pudiera impedir su participación en los deportes. Acepto realizar el seguimiento con el médico de cabecera de mi hijo en caso de que se identifique alguna afección médica durante el examen de chequeo físico.

Lesiones o tratamiento de emergencia: En caso de que sea necesario, acepto que el médico del equipo o el entrenador atlético, según corresponda, brinden atención médica o tratamiento a mi hijo en los términos aquí establecidos por una lesión deportiva. Asimismo, en caso de que mi hijo necesite tratamiento urgente o de emergencia, autorizo al personal de la Escuela o a Mission, según sea necesario, para que administren dicho cuidado con los prestadores de servicios de salud correspondientes, incluido el transporte adecuado. En ese caso, autorizo a la Escuela o a Mission, según corresponda, a tomar las medidas necesarias o apropiadas para brindar atención médica al menor mencionado en el presente, incluidos entre otros, el poder (i) de brindar dicha atención médica en cualquier hospital u otra institución, o el uso de cualquier médico, dentista, enfermero, u otra persona, cuyos servicios podrían ser necesarios para proporcionar dicha atención médica, y (ii) de dar su consentimiento y autorizar todo tipo de atención médica, incluida la administración de anestesia, radiografías, la realización de operaciones y otros procedimientos realizados por médicos, dentistas y otro personal médico, con excepción de la negación o suspensión de procedimientos de soporte vital. Al firmar a continuación, indico que tengo el conocimiento y la capacidad para comunicar decisiones de atención médica en nombre del niño mencionado en el presente y que comprendo el contenido del presente documento. Entiendo que el personal de la Escuela o que el personal de Mission, según corresponda, me contactarán tan pronto como sea posible en caso de que mi hijo tenga una afección médica urgente o de emergencia.

Pago por los servicios prestados. Entiendo que Mission no me cobrará por los servicios prestados *in situ* por parte del entrenador atlético de Mission o por otro personal de medicina del deporte de Mission asignado a la escuela, pero que es posible que a mí o a mi seguro de salud se nos facture por los servicios prestados por otros profesionales de la salud para el tratamiento o visitas de seguimiento.

Información médica. Acepto completar todos los antecedentes médicos personales, familiares y otras solicitudes de información necesarias para la participación de mi hijo en los eventos atléticos de la Escuela, y como se lo requiera para la atención médica y el tratamiento u otros servicios prestados por Mission. Entiendo que puedo contactar al médico del equipo o al entrenador atlético de Mission asignados a la Escuela o al director médico de Mission para conversar sobre el cuidado de mi hijo o sobre las preguntas que yo pueda tener sobre el programa.

Evaluación neurocognitiva. Entiendo y acepto que es posible que mi hijo tenga que someterse a un sistema computarizado para la evaluación de conmociones cerebrales, como ImPACT, como parte del protocolo general de manejo de conmociones. https://www.impacttest.com/about

Estudiantes. Entiendo y acepto que Mission está involucrado en la educación de los entrenadores atléticos que son estudiantes (en el nivel universitario, y estudiantes asistentes en el nivel secundario), médicos, enfermeros, técnicos y otros prestadores de servicios de salud, residentes y observadores. Entiendo y acepto que esas personas podrían participar, según corresponda, brindando entrenamiento atlético, atención médica o tratamiento a mi hijo en los términos aquí establecidos en caso de una lesión deportiva y demás.

Medicamentos Los entrenadores atléticos no son responsables por los medicamentos recetados o de venta libre del atleta. Un entrenador atlético podría, bajo la supervisión y el protocolo de un prestador de servicios de salud, recibir, almacenar y administrar medicamentos a mi hijo o guardar los medicamentos de mi hijo durante el transcurso de un evento atlético si así lo solicito.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, Y ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO EN EL PROGRAMA DE MEDICINA DEPORTIVA DE MISSION Y PARA LOS DEMÁS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE. POR EL PRESENTE, CERTIFICO QUE SOY PADRE O TUTOR LEGAL DE NIÑO AL QUE SE HACE REFERENCIA.

Nombre del padre o tutor legal (en letra imprenta) _____

Nombre del estudiante (en letra imprenta) _____

Firma del padre o tutor legal _____

Relación con el estudiante _____

Fecha de la firma:_____

AUTORIZACIÓN PARA EL ACCESO, USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Yo, _____, el padre o tutor legal de _____, un estudiante de _____ (la "Escuela") cuya fecha de nacimiento es _____, autorizo a MH Hospital Manager, LLC y a cada uno de sus hospitales afiliados participantes, según corresponda, incluidos MH Mission Hospital, LLLP, MH Blue Ridge Medical Center, LLLP, MH Transylvania Regional Hospital, LLLP, MH Mission Hospital McDowell, LLLP, MH Angel Medical Center, LLLP, and MH Highlands-Cashiers Medical Center, LLLP (en el presente denominados "Mission" en forma individual o colectiva, según corresponda) a permitir y autorizar que Mission divulgue la información sobre la salud de mi hijo que se obtenga a través del Programa de Medicina del Deporte a los entrenadores designados de la Escuela y a otros empleados o agentes de la Escuela. También doy mi autorización y consentimiento específicos para que se comparta la información médica de mi hijo entre el personal de Medicina del Deporte de Mission (médicos del equipo, si los hay, otros prestadores de servicios de salud, entrenadores atléticos y otros asistentes estudiantiles) y el personal atlético de la Escuela, docentes, entrenadores y la administración escolar.

Mi firma a continuación indica que entiendo y acepto lo siguiente:

1. Esta autorización para la divulgación de mi información médica es voluntaria, lo que significa que no estoy obligado a autorizar dicha divulgación ni a firmar el presente formulario.
2. Según corresponda, la divulgación puede incluir información relacionada con salud mental o conductual, tratamiento de alcoholismo o drogadicción, información genética, SIDA/VIH, y otras enfermedades de transmisión sexual, a menos que se vea limitada en las secciones anteriores.
3. Mi decisión de firmar esta autorización no tendrá ningún efecto en los tratamientos provistos a mi hijo por parte de los prestadores de servicios de salud correspondientes, costos de tratamiento ni beneficios.
4. Puedo revocar la presente autorización en cualquier momento notificando a Mission por escrito.
5. La revocación de la presente autorización no afectará las divulgaciones realizadas antes de dicha revocación.
6. A menos que se realice la revocación o que **la fecha de vencimiento** esté indicada aquí _____, la presente autorización permanecerá vigente hasta el final de la temporada de atletismo en la cual participa mi hijo (temporada atlética 2018-2019)
7. Una vez divulgada, es posible que mi información ya no se vea protegida por las normas de privacidad, lo que significa que el destinatario podría ser capaz de compartir esa información sin mi permiso.
8. Mission no utilizará ni compartirá mi información médica sin mi permiso, excepto como lo permita o exija la ley.
9. El presente formulario no se utilizará con fines de comercialización o investigación.
10. Es posible que se me cobre una tarifa por la entrega de expedientes médicos solicitados.
11. Puedo solicitar y obtener una copia de la presente autorización. Las copias por fax o fotocopias legibles de la presente autorización tendrán la misma validez y efecto que el original.

Por el presente, autorizo el acceso a la información médica de mi hijo y su uso o divulgación como se describen en este formulario.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA, Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL PRESENTE. POR EL PRESENTE, CERTIFICO QUE SOY PADRE O TUTOR LEGAL DE NIÑO AL QUE SE HACE REFERENCIA.

_____ _____

Nombre del padre o tutor legal (en letra imprenta) Nombre del estudiante (en letra imprenta)

_____ _____

Firma del padre o tutor legal Relación con el estudiante

Fecha de la firma:_____

Formulario del representante para la administración de medicamentos

Deberá completar el siguiente formulario si autoriza al entrenador atlético a administrar medicamentos recetados a su hijo, según sea necesario, por afecciones como alergias (epi pen), diabetes (insulina) o asma (inhalador).

Yo, _____, el padre o tutor legal de _____,

_____, un estudiante de _____
(la "Escuela") cuya fecha de nacimiento es _____, autorizo a MH Hospital Manager, LLC y a cada uno de sus hospitales afiliados participantes, según corresponda, incluidos MH Mission Hospital, LLLP, MH Blue Ridge Medical Center, LLLP, MH Transylvania Regional Hospital, LLLP, MH Mission Hospital McDowell, LLLP, MH Angel Medical Center, LLLP, and MH Highlands-Cashiers Medical Center, LLLP (en el presente denominados "Mission" en forma individual o colectiva, según corresponda) y a su personal respectivo, según corresponda, bajo la supervisión y el protocolo de un médico, a recibir, almacenar y administrar los medicamentos indicados, recetados a nombre de mi hijo.

El medicamento se llama:_____

Autorizo la divulgación a Mission de toda la información en lo concerniente a los medicamentos listados.

Nombre del atleta en letra imprenta: _____ Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos recetados:_____

Nombre, dirección y número de teléfono del médico que los recetó:
_____

Afección que requiere medicamentos recetados: _____

Instrucciones de dosificación o administración:
_____
_____
_____

_____ _____
Nombre del padre o tutor legal (en letra imprenta) Relación con el estudiante

_____
Firma del padre o tutor legal Fecha