

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y SEGURO PARA ESTUDIANTES ATLETA

Nombre del estudiante: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Grado: _____ Número de estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre del padre/tutor: _____ Correo electrónico: _____

Correo electrónico del padre/madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre/madre secundario/a: _____ Correo electrónico: _____

Correo electrónico del padre/madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Enumere un contacto de emergencia que no sea el padre/tutor principal con el que se pueda contactar en caso de una emergencia y no se pueda contactar al padre/tutor principal.

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Es muy importante tener la siguiente información archivada en caso de emergencia. Complete la información lo mejor que pueda. Indique una cobertura de seguro vigente para su estudiante, incluyendo Champus, Medicare, Medicaid, pólizas de accidentes, HMO, etc. Si su estudiante no tiene una póliza de seguro actualmente, marque la casilla "Sin seguro" a continuación.

¿Qué tipo de póliza cubre a tu estudiante? Grupal Individual Sin seguro

¿Su estudiante está cubierto por una póliza de CHIPS o Medicaid? Sí No

Nombre del asegurado: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE ATLETA PARA TRATAMIENTO Y ATENCIÓN

Yo, _____, padre o tutor de _____ reconozco que, como resultado de la participación atlética, puede ser necesario un tratamiento médico de emergencia o no emergencia y reconozco además que es posible que el personal de la escuela no pueda comunicarse conmigo para obtener mi consentimiento para dicha atención médica. Por la presente, autorizo por adelantado dicha atención de emergencia y no emergencia, incluida la atención hospitalaria, que se considere necesaria en las circunstancias existentes en ese momento. El propósito de esta autorización es autorizar a la escuela a obtener, a través de un médico de su elección, cualquier atención médica que pueda volverse razonablemente necesaria para el estudiante en el curso de las actividades atléticas escolares o los viajes escolares.

Además, doy mi permiso y consentimiento para la evaluación y el tratamiento de mi hijo por parte de los médicos del Sistema de Salud CHRISTUS, incluida la Clínica de Lesiones Deportivas de los Sábados de CHRISTUS.

Por la presente, doy mi consentimiento y permito que los médicos/el personal de CHRISTUS Trinity Clinic (y/o su designado) brinden evaluación, tratamiento médico (incluido el tratamiento de emergencia o urgencia si es necesario) a mí/a mi hijo, incluida la hospitalización y el seguimiento médico de acuerdo con su criterio médico en el Sistema de Salud CHRISTUS y/o su Clínica de Lesiones Deportivas de los sábados por la mañana.

Además, autorizo a CHRISTUS Health System a obtener y divulgar datos personales médicos y de seguros sobre mí para el pago del tratamiento o las operaciones relacionadas con mi lesión, enfermedad o examen(es) físico(s) de acuerdo con las leyes de privacidad estatales y federales aplicables.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y soy competente para firmar este formulario.

He leído este formulario, lo entiendo y acepto los términos y condiciones.

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Estudiante/Atleta (si tiene 18 años o más)

Fecha

FORMULARIO DE PRIVACIDAD DEL ESTUDIANTE ATLETA
Autorización para
Divulgación de información médica protegida

Yo, _____, padre o tutor de _____ (el "estudiante atleta"), por la presente autorizo a los médicos, entrenadores deportivos, personal de medicina deportiva y otro personal de atención médica que representan a CHRISTUS Orthopedic & Sports Medicine Institute a divulgar información sobre la información de salud protegida del estudiante atleta e información relacionada con cualquier lesión o enfermedad durante el entrenamiento del estudiante atleta y su participación en deportes en la Escuela _____ (la "Escuela"). Esta información de salud protegida puede referirse al estado médico, condición médica, lesiones, pronóstico, diagnóstico, estado de participación atlética e información de salud individualmente identificable relacionada del estudiante atleta. Esta información de salud protegida puede ser divulgada a otros proveedores de atención médica, hospitales y/o clínicas médicas, Clínicas de los sábados por la mañana y laboratorios, entrenadores deportivos, coordinadores de seguros médicos, administradores deportivos y/o escolares, capellanes y/o miembros del clero, y funcionarios de _____ College y el Distrito Escolar _____.

Entiendo que, como padre/madre/tutor legal, mi autorización/consentimiento para la divulgación de la información médica protegida del estudiante atleta es condición para su participación en deportes interescolares en la Escuela. Entiendo que la información médica protegida del estudiante atleta está protegida por la ley federal. Yo, padre/madre/tutor legal, entiendo que una vez divulgada la información según esta autorización, esta puede ser divulgada nuevamente por el destinatario y podría dejar de estar protegida por la ley federal. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al director deportivo de la Escuela; sin embargo, si lo hago, no afectará las medidas tomadas con base en mi autorización previa. Esta autorización vence un año después de su firma.

FIRMA REQUERIDA PARA PARTICIPAR EN DEPORTES INTERESCOLARES

Imprimir el nombre del estudiante atleta

Firma del padre/tutor legal

Fecha

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Al firmar arriba, reconozco que he recibido o me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de CHRISTUS Orthopedic & Sports Medicine Institute.

El padre (o tutor) y el estudiante deben completar este **FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO** *cada año* para que el estudiante pueda participar en las actividades. Estas preguntas están diseñadas para determinar si el estudiante ha desarrollado alguna condición que haga que su participación en un evento sea riesgosa.

Nombre del estudiante: (letra imprenta) _____ Sexo: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Grado: _____ Escuela: _____
 Médico personal _____ Teléfono: _____
En caso de emergencia, comuníquese con:
 Nombre: _____ Parentesco: _____ Teléfono: (C) _____ (T) _____

- | | Sí | No | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--|----------------------------------|
| 1. ¿Ha tenido una enfermedad o lesión desde su última revisión médica o examen físico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. ¿Alguna vez le ha faltado el aire de manera inesperada mientras hacía ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha estado hospitalizado durante al menos una noche en el último año? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene asma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alergias estacionales que requieren un tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez un médico le ha solicitado que se realice pruebas cardíacas previas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. ¿Utiliza algún equipo correctivo o de protección especial, o dispositivos que no suelen utilizarse para su actividad o posición (por ejemplo, rodilleras, un rollo especial para el cuello, aparatos ortopédicos para los pies, retenedores en los dientes o audífonos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez se ha desmayado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? ¿Alguna vez ha experimentado un dolor en el pecho mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido un esguince, distensión o hinchazón después de una lesión? ¿Se ha roto o fracturado algún hueso, o dislocado alguna articulación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se cansa más rápido que sus amigos durante el ejercicio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. ¿Ha tenido algún otro problema de dolor o hinchazón en los músculos, tendones, huesos o articulaciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha tenido latidos cardíacos acelerados o interrumpidos? ¿Ha tenido presión arterial alta o colesterol alto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente y explique en el cuadro de abajo: | | |
| ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Pie |
| ¿Algún miembro de su familia o pariente ha muerto por problemas cardíacos o por muerte súbita e inesperada antes de los 50 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Antebrazo | <input type="checkbox"/> Muslo |
| ¿Algún miembro de su familia tiene un diagnóstico de agrandamiento del corazón (miocardiopatía dilatada), miocardiopatía hipertrófica, síndrome del QT largo u otra canalopatía iónica (como el síndrome de Brugada, entre otros), síndrome de Marfan o ritmo cardíaco anormal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| ¿Ha tenido una infección viral grave (por ejemplo, miocarditis o mononucleosis) en el último mes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Mano | <input type="checkbox"/> Tobillo |
| ¿Alguna vez un médico le ha negado o restringido su participación en actividades debido a un problema cardíaco? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hombro | <input type="checkbox"/> Canilla/Pantorrilla | <input type="checkbox"/> Dedo |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Brazo | | |
| 4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión en la cabeza o una conmoción cerebral? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. ¿Quiere pesar más o menos de lo que pesa ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez lo han noqueado, ha quedado inconsciente o ha perdido la memoria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. ¿Se siente estresado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____ | | | 18. ¿Alguna vez le han diagnosticado o ha recibido tratamiento para el rasgo de células falciformes o la enfermedad de células falciformes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuándo fue su última conmoción cerebral? _____ | | | Solo mujeres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 19, pero discutiré | | |
| ¿Qué tan severa fue cada una? (Explique en el cuadro de abajo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Cuándo tuvo su primer período menstrual? _____ con un profesional médico | | |
| ¿Alguna vez ha convulsionado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuándo tuvo su período menstrual más reciente? _____ | | |
| ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes o intensos? ¿Alguna vez ha sentido entumecimiento u hormigueo en los brazos, manos, piernas o pies? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuánto tiempo suele pasar desde el inicio de un período hasta el inicio del otro? _____ | | |
| ¿Alguna vez ha tenido un nervio oprimido, irritado o pinzado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuántos períodos ha tenido en el último año? _____ | | |
| 5. ¿Le falta algún órgano par? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál fue el tiempo más largo que pasó entre un período y el otro en el último año? | | |
| 6. ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solo hombres Elijo no proporcionar información escrita sobre la Pregunta 20, pero discutiré | | |
| 7. ¿En la actualidad, toma algún medicamento o píldora con receta médica o sin ella (de venta libre), o utiliza un inhalador? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. ¿Tiene dos testículos? _____ con un profesional médico | | |
| 8. ¿Tiene alguna alergia (por ejemplo, al polen, a medicamentos, alimentos o insectos que pican)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene hinchazón o masas en los testículos? _____ | | |
| 9. ¿Alguna vez se ha mareado mientras hacía ejercicio o después de hacerlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 10. ¿Tiene algún problema cutáneo actual (por ejemplo, picazón, sarpullidos, acné, verrugas, hongos o ampollas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 11. ¿Alguna vez se ha enfermado por hacer ejercicio en el calor? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. ¿Ha tenido algún problema con sus ojos o visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

OPCIONAL: No se requiere un electrocardiograma (ECG). Al marcar esta casilla, elija obtener un ECG para mi estudiante. Entiendo que es responsabilidad de mi familia programar y pagar dicho ECG. He leído y comprendido la información sobre la evaluación cardíaca en el Formulario de Concientización sobre Paros Cardíacos Súbitos de la UIL.

EXPLIQUE SUS RESPUESTAS "SÍ" EN EL CUADRO DE ABAJO (adjunte otra hoja si es necesario)

Se entiende que, a pesar de que los atletas usan un equipo de protección siempre que es necesario, la posibilidad de un accidente sigue existiendo. Ni la Liga Interescolástica Universitaria ni la escuela asumen ninguna responsabilidad en caso de que ocurra un accidente. Si, a juicio de cualquier representante de la escuela, el estudiante mencionado anteriormente necesitase atención y tratamiento inmediatos como resultado de cualquier lesión o enfermedad; por la presente solicito, autorizo y consiento que cualquier médico, entrenador deportivo, enfermero o representante de la escuela le provea tal atención y tratamiento a dicho estudiante. Por la presente acepto indemnizar y mantener indemne a la escuela y a cualquier representante de la escuela u hospital ante cualquier reclamo de cualquier persona a causa de tal atención y tratamiento de dicho estudiante.

Si, entre esta fecha y el comienzo de la participación, el estudiante manifestase alguna enfermedad o sufriera alguna lesión que pudiese limitar su participación, acepto notificar a las autoridades escolares sobre dicha enfermedad o lesión.

Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. No proporcionar respuestas veraces podría someter al estudiante en cuestión a las sanciones que determine la UIL.

Firma del alumno: _____ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Cualquier respuesta afirmativa a las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 o 6 requiere una evaluación médica adicional que puede incluir un examen físico. Se requiere una autorización por escrito de un médico, asistente médico, quiropráctico o enfermero practicante antes de participar en prácticas, juegos o partidos de la UIL. ESTE FORMULARIO DEBE ESTAR EN EL ARCHIVO ANTES DE LA PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER ENTRENAMIENTO, PRÁCTICA, PRESENTACIÓN

Solo para uso de la escuela:

Este formulario de historial médico fue revisado por: Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: _____ Firma: _____