



EMERGENCY ROOM

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN DEPORTIVA

(Apellido de Estudiante)

(Nombre de Estudiante)

(Fecha de nacimiento)

Como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, proporcioné un historial de salud preciso y doy permiso a Ally Medical Emergency Room - South Austin para que le brinde a mi estudiante un examen físico previo a la participación atlética ("Examen físico"). Entiendo que este consentimiento permitirá que Ally Medical Emergency Room - South Austin proporcione el examen físico a mi estudiante menor de edad en mi ausencia.

Aunque el examen físico es proporcionado por el proveedor de Ally Medical Emergency Room - South Austin, no creará una relación de tratamiento continuo entre mi estudiante y el proveedor de Ally Medical Emergency Room - South Austin. Entiendo que esto significa que es mi responsabilidad buscar y obtener atención de seguimiento para mi estudiante con un médico de atención primaria, si lo recomienda el proveedor de Ally Medical Emergency Room - South Austin. También entiendo que el examen físico previo a la participación atlética no reemplaza un examen anual realizado por un médico de atención primaria.

Además del consentimiento para el examen físico proporcionado en el párrafo anterior, mi firma a continuación autoriza a Ally Medical Emergency Room - South Austin y a sus proveedores a divulgar información relacionada con el examen físico de mi estudiante, incluidos, entre otros, diagnósticos médicos y referencias. previa solicitud al AISD.

Firma

Nombre impreso

Relación: debe ser padre o guardián(a) legal

Fecha