



AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD – ESTUDIANTE ATLETA

Nombre del estudiante (Primer, Segundo y Apellido) menor emancipado

Fecha de nacimiento

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono de los padres

Nombre de la escuela a la que asistió el estudiante

Fecha prevista de graduación (mes/año)

AUTORIZA A: Entrenadores deportivos, fisioterapeutas y médicos autorizados de Bellin Health
1970 S. Ridge Road
Green Bay, Wisconsin 54304

PARA DIVULGAR: Información sobre mi salud que afecta mi capacidad para participar en deportes o actividades en el aula. Esto puede incluir información sobre lesiones (como, entre otras, esguinces, torceduras o conmociones cerebrales), cirugías (como, entre otras, reconstrucción del LCA, reparación del manguito rotador), resultados de pruebas (como, entre otras, limitado a resultados de resonancia magnética o ImPACT) o afecciones médicas (como, entre otras, asma).

PARA: Funcionarios de la escuela a la que asisto. Esto incluiría a todo el personal técnico directores atleticos Especialistas en Fuerza y Acondicionamiento docente educativo (incluidos los administradores escolares) que participan en mi regreso a la progresión académica normal o a las actividades deportivas.

EL PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN ES:

- Informar al cuerpo técnico y/o al personal docente sobre mis limitaciones y capacidades relacionadas con la salud para continuar participando en eventos deportivos, educación física y actividades en el aula.
- Proporcionar al cuerpo técnico y/o al cuerpo docente educativo información sobre cómo ayudarme a participar de manera segura en eventos deportivos, educación física y el entorno académico.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN CONTINUA: Autorizo la divulgación de mi información médica para atención médica continua, de acuerdo con las leyes federales HIPAA.

FECHA DE VENCIMIENTO DE ESTA AUTORIZACIÓN: Si no se revoca previamente, esta autorización caducará el 1 de septiembre del año académico siguiente, o al graduarse o salir del sistema escolar, lo que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de revisar y comprender el contenido de este formulario de autorización de dos caras. Al firmar este formulario, entiendo y estoy de acuerdo con el contenido.

Firma de la persona legalmente autorizada (fecha/hora) para firmar por estudiante menor, o firma del estudiante si su edad es 18 o mayor

Si es otro, indique la relación:

- Padre con custodia
- tutor designado por el tribunal
- Agente de atención médica
- Representante personal

Nombre impreso de la persona que firma arriba

He recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Bellin Health.

inicial s



CORAUT

REDIVULGACIÓN: Entiendo que los profesores de la escuela, Especialistas en Fuerza y Acondicionamiento y/o el personal técnico no son proveedores de atención médica y no tienen que seguir los estándares federales de privacidad. Es posible que la información de salud divulgada como resultado de esta autorización ya no esté protegida por los estándares federales de privacidad y mi información de salud pueda volver a divulgarse sin obtener mi autorización.

SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACIÓN:

- **Derecho a recibir una copia de esta autorización:** si acepto firmar esta autorización, se me debe proporcionar una copia firmada del formulario.
- **Derecho a negarse a firmar esta autorización:** Entiendo que no tengo ninguna obligación de firmar este formulario. Si elijo no firmar este formulario, esto puede limitar mi capacidad para participar en deportes porque el personal técnico debe estar consciente de los problemas de salud de los estudiantes que afectan su participación en eventos deportivos.
- **Derecho a retirar esta autorización:** Entiendo que es necesaria una notificación por escrito para cancelar esta autorización. Para obtener información sobre cómo retirar mi autorización o recibir una copia de mi retiro, puedo comunicarme con Bellin Health en la dirección indicada anteriormente. Me doy cuenta de que, si cancelo esta autorización, no afectará las divulgaciones de mi información que ya hayan ocurrido según mi autorización.

La fotocopia/copia por fax es tan válida como el original.

Nota para el estudiante y para el recipiente de información: Esta información divulgada es protegida bajo una Ley Federal titulada Estándares para la Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable 45 CFR Partes 160 & 164 y por el estatuto de Wisconsin 146.82 y 146.83. Regulaciones Federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información sin un consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.