

# PARTICIPACIÓN EN SERVICIOS DE ENTRENAMIENTO ATLÉTICO

Nombre del estudiante atleta

Fecha de nacimiento

Dirección

Nombre de la escuela

## **CONSENTIMIENTO PARA CUIDADOS Y TRATAMIENTO**

Yo, el aquí firmante, por la presente estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que Ministry Door County Medical Center evalúe y provea cuidados médicos y tratamiento según sea necesario a través de SERVICIOS DE ENTRENAMIENTO ATLÉTICO para el estudiante atleta arriba mencionado.

Adicionalmente, doy permiso a los entrenadores atléticos para compartir información médica protegida según sea apropiado en situaciones de cuidados médicos con otros proveedores de atenciones sanitarias involucrados en el cuidado del estudiante atleta.

## **RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA PRIVADA**

Yo, el aquí firmante, por la presente reconozco que Ministry Door County Medical Center me ha proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad explicando lo siguiente:

- Cómo usamos y divulgamos su información médica
- Sus derechos de privacidad relativos a su información médica protegida
- Nuestras obligaciones con usted en cuanto al uso y divulgación de su información médica protegida

## **AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA**

Yo, el aquí firmante, por la presente autorizo al personal de entrenamiento atlético de Ministry Door County Medical Center a usar y divulgar la información médica protegida del estudiante atleta arriba mencionado para el propósito de la participación en SERVICIOS DE ENTRENAMIENTO ATLÉTICO. La información médica protegida será usada por aquellos individuos que participan en Servicios de Entrenamiento Atlético además del personal de entrenadores de la escuela, el director atlético, y el profesorado de educación física involucrado en eventos deportivos.

## **SUS DERECHOS RELATIVOS A ESTA AUTORIZACIÓN:**

**Derecho a recibir copia de esta autorización** - Yo entiendo que si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, se me debe proporcionar una copia. **Derecho a rehusar a firmar esta autorización** - Yo entiendo que no estoy bajo la obligación de firmar este documento. Si decido no firmar este documento, esto podría limitar mi posibilidad de participar en Servicios de Entrenamiento Atlético. **Derecho a rehusar a revocar esta autorización** - Yo entiendo que tengo el derecho a retirar esta autorización en cualquier momento declarando su revocación por escrito al Ministry Door County Medical Center. Soy consciente que mi revocación no será efectiva sobre el uso o divulgación de mi información médica que la persona(s) y organización(es) arriba mencionadas hayan hecho ya en referencia a esta autorización. Yo entiendo que la información usada o divulgada conforme a esta autorización pueden estar sujeta a ulterior divulgación y no estar ya protegida por los estándares de privacidad federales.

**FECHA DE EXPIRACIÓN:** Esta autorización es válida por el periodo de la participación del arriba mencionado estudiante en Servicios de Entrenamiento Atlético y/o durante el periodo de la inscripción escolar del estudiante.

He tenido la oportunidad de revisar y entender el contenido de este documento. Firmando esta autorización, estoy confirmando que refleja mis deseos correctamente.

## **FIRMA DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTUDIANTE:**

Firma/Parentesco o relación con el estudiante

Fecha