

AllCare
HEALTH CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Toda la información solicitada en este formulario es esencial para garantizar una atención de calidad al paciente o es requerida por la ley federal. Se mantendrá privado y confidencial como parte del historial médico del paciente.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN Y DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Número de seguro social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm /dd /aaaa): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

Complete todos los métodos de contacto. Marque la casilla para el método de contacto preferido:

Teléfono Preferido: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Alt. Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Correo Electrónico: _____

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **sexo asignado al nacer**:

Hombre Mujer

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **identidad de género**:

Hombre Mujer Hombre transgénero /
mujer a hombre Mujer transgénero/
hombre a mujer
 Elijo no revelar No lo sé / No aplica No binario

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **orientación sexual**:

Heterosexual / heterosexual Lesbiana, gay, homosexual Bisexual Algo más
 Elijo no revelar No lo sé / No aplica

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **pronombres preferidos**:

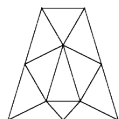
Él Ella Ellos Ze, Hir
 Negar a contestar Desconocido Otro: _____

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su **estado de la vivienda**:

¿Está sin hogar? Sí No

En caso afirmativo, describa el estado de su vivienda:

Refugio para indigentes Calle sin hogar Transicional Vivienda de apoyo permanente
 Doblar Otro: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:

- ¿Es usted un veterano? Sí No
- ¿Es usted un trabajador agrícola migrante? Sí No Temporero(a)
- ¿Está asistiendo a la escuela? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué escuela asiste?

Compruebe cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza. Seleccione solo uno:

- Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano Nativo de Hawái
- Isleño del pacífico Blanco Más de una raza Desconocido, no incluido en la lista o se niega a informar

Marque cuál de las siguientes opciones describe mejor su origen étnico. Seleccione solo uno:

- Hispano, latino o chicano No hispano, latino o chicano Negar a informar

Marque cuál de las siguientes opciones describe mejor su tipo de cobertura médica primaria. Seleccione solo uno:

- Medicaid Medicare Seguros privados o comerciales (incluso a través del Marketplace) Ninguno o sin seguro

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DEL HOGAR DEL PACIENTE

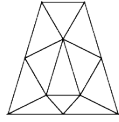
MARQUE el tamaño de su familia y el rango de ingresos del hogar (primero busque el tamaño de la familia y luego busque el rango de ingresos en la misma fila)

Tamaño de Familia	Ingresos Anuales:					
1	<input type="checkbox"/> \$0 - 12,880	<input type="checkbox"/> \$12,881 - 16,100	<input type="checkbox"/> \$16,101 - 19,320	<input type="checkbox"/> \$19,321 - 22,540	<input type="checkbox"/> \$22,541 - 25,760	<input type="checkbox"/> Sobre \$25,760
2	<input type="checkbox"/> \$0 - 17,420	<input type="checkbox"/> \$17,421 - 21,775	<input type="checkbox"/> \$21,776 - 26,130	<input type="checkbox"/> \$26,131 - 30,485	<input type="checkbox"/> \$30,486 - 34,840	<input type="checkbox"/> Sobre \$34,840
3	<input type="checkbox"/> \$0 - 21,960	<input type="checkbox"/> \$21,961 - 27,450	<input type="checkbox"/> \$27,451 - 32,940	<input type="checkbox"/> \$32,941 - 38,430	<input type="checkbox"/> \$38,431 - 43,920	<input type="checkbox"/> Sobre \$43,920
4	<input type="checkbox"/> \$0 - 26,500	<input type="checkbox"/> \$26,501 - 33,125	<input type="checkbox"/> \$33,126 - 39,750	<input type="checkbox"/> \$39,751 - 46,375	<input type="checkbox"/> \$46,376 - 53,000	<input type="checkbox"/> Sobre \$53,000
5	<input type="checkbox"/> \$0 - 31,040	<input type="checkbox"/> \$31,041 - 38,800	<input type="checkbox"/> \$38,801 - 46,560	<input type="checkbox"/> \$46,561 - 54,320	<input type="checkbox"/> \$54,321 - 62,080	<input type="checkbox"/> Sobre \$62,080
6	<input type="checkbox"/> \$0 - 35,580	<input type="checkbox"/> \$35,581 - 44,475	<input type="checkbox"/> \$44,476 - 53,370	<input type="checkbox"/> \$53,371 - 62,265	<input type="checkbox"/> \$62,266 - 71,160	<input type="checkbox"/> Sobre \$71,160
7	<input type="checkbox"/> \$0 - 40,120	<input type="checkbox"/> \$40,121 - 50,150	<input type="checkbox"/> \$50,151 - 60,180	<input type="checkbox"/> \$60,181 - 70,210	<input type="checkbox"/> \$70,211 - 80,240	<input type="checkbox"/> Sobre \$80,240
8	<input type="checkbox"/> \$0 - 44,660	<input type="checkbox"/> \$44,661 - 55,825	<input type="checkbox"/> \$55,826 - 66,990	<input type="checkbox"/> \$66,991 - 78,155	<input type="checkbox"/> \$78,156 - 89,320	<input type="checkbox"/> Sobre \$89,320

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del seguro: _____ Número de póliza / ID de inscripción: _____

Identificación del grupo: _____ Identificación de miembro: _____



AllCare
HEALTH CENTER

FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL RESPONSABLE FINANCIERO

Primer nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Número de seguro social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Complete todos los métodos de contacto. Marque la casilla para el método de contacto preferido:

Teléfono Preferido: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Alt. Teléfono: _____ Celular Hogar Trabajo Otro

Correo Electrónico: _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

SECCIÓN V: COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo, _____, autorizo al personal médico y de coordinación de la atención de All Care Health Center a discutir (compartir) información médica o de salud relacionada con mi atención con:

_____.

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____

SECCIÓN VI: INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

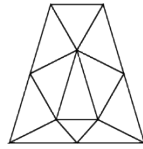
Contacto de emergencia: _____

Relación con el paciente: _____ Número de teléfono: _____

¿Cómo se enteró de All Care Health Center? _____

Autorizo la divulgación de información sobre la continuación de la atención y / o cualquier pago por servicios. Autorizo que se pueda utilizar una copia de este documento como documento original. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entendido.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



AllCare
HEALTH CENTER

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Consentimiento para el tratamiento de rutina

Primer nombre de paciente: _____

Apellido de paciente: _____

Número de seguro social (SSN): _____

Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa): _____

Lea y revise cada sección e inicial/firmar donde se le solicite.

1. Consentimiento para tratamiento médico. Por lo presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico, tratamiento, tratamiento de salud mental, o tratamiento dental mía o del paciente según lo considere necesario All Care Health Center según lo indicado apropiado por proveedor tratante, sus asistentes y / o personas designadas (mi "Consentimiento"). Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento y que mi firma a continuación no es un consentimiento para la atención que no es de rutina o de emergencia. Esta Consentimiento incluye, entre otros, procedimientos de diagnóstico de rutina, atención ambulatoria y hospitalaria, pruebas de laboratorio, radiografías y otras pruebas rutinas o procedimientos. En tales casos de rutina, este consentimiento es válido y se aplicará a todas las visitas repetidas y al tratamiento y diagnóstico continuos para tales condiciones. En otros casos, el médico tratante puede pedirme que firme un formulario en el que consiente atención específica, como procedimientos quirúrgicos. Soy consciente de que el ejercicio de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías a mi o a el paciente como resultado del examen y el tratamiento recibido en All Care Health Center. Reconozco que el cuidado de mi/el paciente está bajo la dirección del proveedor tratante y que el centro de All Care Health Center seguirá las instrucciones de mi proveedor o proveedores en el puesto en dicha atención.

2. Atención al paciente. Yo, el abajo firmante, acepto cumplir con mis responsabilidades de hacerme cargo de cuidar de la salud mía/del paciente, trabajar con el proveedor mío/del paciente y mantener el cumplimiento mío/del paciente del plan de atención para la salud y bienestar mía/del paciente que los proveedores designaron.

3. Objetos personales de valor. Acepto responsabilidad total por toda la propiedad en posesión mía/del paciente. Entiendo que All Care Health Center no asume ninguna responsabilidad por la propiedad que es personal y en posesión mía/del paciente.

4. Duración y alcance. Entiendo que este Consentimiento será válido por un año (12 meses) a partir de la fecha en que sea firmado, a menos que yo la revoque antes. Este Consentimiento se aplicará a cualquier atención brindada a mi/el paciente en cualquier ubicación de All Care Health Center durante el próximo año, a menos que la atención brindada requiera consentimientos adicionales por ley.

5. Empleo de médicos y personal. Algunos proveedores de All Care Health Center pueden ser contratistas independientes que utilizan las instalaciones de All Care Health Center para brindar atención a sus pacientes ("Contratistas"). Como tal, estos diversos contratistas independientes pueden presentar facturas por los servicios profesionales que brindan por separado de la factura que puede presentar All Care Health Center. Este Consentimiento se extiende a dichos Contratistas. Los Contratistas son responsables de sus propias acciones y All Care Health Center Inc. no es responsable de sus acciones o de su falta de actuación.

6. Cesión de Beneficios. Por lo presente asigno todos los beneficios del seguro y / o los beneficios de Medicare / Medicaid a All Care Health Center y sus empleados u otras personas que trabajen bajo contrato o arreglo con él y autorizo el pago directo a All Care Health Center. Para los Contratistas que facturan por separado de All Care Health Center, les asigno la cobertura y los beneficios, y el pago directo por los servicios que me brindan, a dichos Contratistas. Esta asignación incluye todos los pagos por los cargos incurridos durante el tratamiento, la visita y la observación en todas las clínicas de All Care Health Center y no puede ser revocado en cuanto a los servicios prestados de conformidad con este Consentimiento. Si hay un sobrepago por mi parte o por la compañía de seguros, ordeno al centro de salud que aplique el pago en exceso a cualquier otra cuenta impaga que yo/el paciente pueda tener con All Care Health Center. Una fotocopia de este acuerdo será tan válida como el original.

7. Asignación de Medicare / Medigap.

Medicare: Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare en nombre mía/del paciente de cualquier servicio prestado a mí/el paciente por o en All Care Health Center. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí/el paciente para divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados. Certifico que la información que he proporcionado a All Care Health Center es verdadero, exacto y completo.

Medigap: Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medigap en nombre mía/del paciente de cualquier servicio prestado a mí/el paciente por o en All Care Health Center. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí/el paciente para divulgar a mi aseguradora Medigap cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Hasta que se revoque, esta autorización se aplicara a todas las ocasiones de servicio. Esta asignación es específica para la información complementaria del seguro proporcionada durante el registro (consulte la copia escaneada de la tarjeta del seguro para ver el número de póliza).

8. Representante autorizado. Por la presente autorizo a All Care Health Center y sus instalaciones, sus agentes y representantes a actuar en nombre mía/del paciente para recuperar reclamos de beneficios, apelar determinaciones adversas de beneficios y tomar cualquier acción que se considere necesaria para obtener el pago de los servicios provistos a mi/el paciente.

9. Declaración de responsabilidad. Entiendo que estoy financieramente responsable ante All Care Health Center como paciente, guardián, conservador o asegurado por todos los cargos no cubiertos por las asignaciones o programas anteriores. Los cargos pueden incluir deducibles del seguro médico y gastos de bolsillo del coaseguro. Acepto pagar de inmediato y en su totalidad a All Care Health Center por los servicios y suministros que se brinden a mi/el paciente las tarifas actualmente vigentes o que entren en vigencia durante el curso de mi atención. Acepto, sujeto a la ley estatal o federal, pagar todos los costos, honorarios razonables de abogados, gastos, cargos delincuentes e intereses, en caso de All Care Health Center tengo que tomar medidas para cobrar lo mismo debido a que no pagué la totalidad. Yo autorizo a All Care Health Center para obtener uno o más informes de créditos sobre mí/el paciente. Ninguna extensión o indulgencia, ningún intento de obtener el pago de seguros u otras fuentes y ningún retraso o falta de diligencia en la recaudación de tales cargos renunciarán o liberarán las obligaciones financieras personales que se indican a continuación.

10. Póliza del programa de la escala de descuentos. All Care Health Center tiene un programa de escala de descuentos. Existe un proceso de solicitud para la escala de descuentos y la elegibilidad se basa en el tamaño de la familia, los ingresos familiares y otras circunstancias especiales. Entiendo que yo puedo solicitar más información sobre el programa o una aplicación de la escala de descuentos en cualquier momento.

11. Pago por cuenta propia. Entiendo que puedo optar para que All Care Health Center no le cobre a mi/el seguro del paciente para un artículo o servicio de atención médica en particular proporcionado a mi/el paciente y, en su lugar, optar por pagar personalmente la totalidad del costo de ese artículo o servicio de atención médica. Para ejercer esta opción, debo notificar a All Care Health Center de manera oportuna, completar formularios adicionales y pagar todos los cargos aplicables de inmediato y en su totalidad.

12. Verificación de la información del seguro; Liberación de Información a la compañía de seguros / pagador externo. Certifico que la información del seguro proporcionada por mí es correcta. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a All Care Health Center de cualquier cambio en la cobertura del seguro. All Care Health Center puede soltar registros médicos míos/del paciente a cualquier persona, corporación, compañía de compensación para trabajadores, agencia gubernamental (o representante de la misma) que sea o pueda ser responsable para todo o parte de los cargos.

13. Autorización previa; Servicios no cubiertos por Medicare / Medicaid. Es mi responsabilidad obtener las certificaciones o autorizaciones previas requeridas y / o proporcionar la notificación de admisión según lo requiera mi compañía de seguros o la del paciente. No obtener las certificaciones / autorizaciones requeridas puede significar que mi compañía de seguros a lo mejor no cubra los servicios que yo/el paciente recibí(o). En tal caso, entiendo que seré responsable personalmente del costo de dichos servicios que se brindaron a mí/el paciente. Los programas de Medicare y Medicaid tienen ciertos cargos que están excluidos de la cobertura, que incluyen, entre otros: cirugía estética, cirugía dental no relacionada con la medicina, exámenes de diagnóstico de rutina, exámenes físicos de rutina y medicamentos orales. All Care Health Center me notificará de la falta de cobertura anticipada. Si acepto continuar con el cuidado, reconozco que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos.

14. Sombra y observación. Algunas personas involucradas en mi/el cuidado del paciente puede ser médico, de enfermería, otro personal de atención médica, o estudiantes entrenando. Doy mi consentimiento para su participación en el cuidado mío/del paciente. Tengo derecho a solicitar que cualquiera de estas personas no participe ni observe mi/la atención del paciente y esta solicitud no afectará mi/la atención del paciente en All Care Health Center.

15. Contacto por teléfono. Al proporcionar a All Care Health Center mi número de teléfono fijo y/o celular, doy mi consentimiento expreso para que All Care Health Center, sus contratistas, agentes y agentes de cobranza se comuniquen conmigo en estos números, o en cualquier número que luego adquiriera, y dejar mensajes en vivo o pregrabados o enviar mensajes de texto. Los propósitos de dicho contacto pueden incluir programación de citas, educación, telemarketing, cobranza de deudas, encuestas de satisfacción u otros propósitos. Entiendo que, para una mayor eficiencia, las llamadas pueden ser realizadas por un marcador automático. Si dejo de usar cualquier número de teléfono celular que he proporcionado, notificaré de inmediato a All Care Health Center sobre el cambio. Por la presente, indemnizo a All Care Health Center y sus agentes y contratistas independientes por cualquier gasto u otra pérdida que surja de mi falta de notificación del cambio a All Care Health Center.

16. Instrucciones avanzadas para el cuidado de la salud. Entiendo que yo/el paciente puedo(e) indicar por escrito (instrucciones anticipadas, es decir, testamento vital y poder notarial duradero) los deseos de recibir, seleccionar y/o definir tratamiento médico o quirúrgico o elegir no tratamiento. All Care Health Center reconocerá tales instrucciones de acuerdo con la ley aplicable de Iowa y las políticas de las instalaciones si ambas declaraciones de instrucciones anticipadas se proporcionan y que fueron archivados con cualquier registro médico.

17. Consentimiento de grabación de imagen y audio. Acepto que se pueden realizar imágenes médicas, fotografías, grabaciones de audio y grabaciones digitales o de video mientras esté yo/el paciente recibiendo atención en All Care Health Center. Entiendo que las imágenes y el audio de dicha fotografía y grabación pueden usarse para tratamiento mía/del paciente y estas imágenes y grabaciones se convertirán en parte de mi/los pacientes información médica sujeta a usos y divulgaciones como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

18. Participación en IIS. All Care Health Center participa en CyncHealth (un regional intercambio de información anteriormente conocido como NeHII), que fue desarrollado para compartir información para que los proveedores de atención médica participantes puedan ver rápidamente mi información médica cuando me atienden. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha ofrecido educación sobre CyncHealth y entiendo que la información mía/del paciente se incluirá en CyncHealth a menos que decida excluirme. Yo puede solicitar información sobre cómo optar por no participar.

_____ Por favor inicial. Reconozco la notificación de los derechos y responsabilidades del paciente de All Care Health Center.

_____ Por favor inicial. Reconozco que recibí las prácticas de privacidad de All Care Health Center.

El firmante abajo certifica que ha leído lo anterior y que se le han respondido todas sus preguntas. El firmante es el paciente, el guardian del paciente, el poder notarial, el padre o está debidamente autorizado por el paciente o en su nombre para ejecutar lo anterior y aceptar sus términos.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del firmante (si no es paciente): _____ Relación: _____

Firma de la parte responsable (si no es lo mismo que el paciente / guardian): _____

Forma De Autorizacion De Lanzamiento Sobre Su Informacion De Salud

Nombre Del Estudiante: _____

Fecha De Nacimiento _____

Padre/ Guardian: _____

Domicilio: _____

Numero De Telefono: _____

Como padre o guardian legal de un estudiante que recibe servicios de atencion medica de All Care Health Center, yo autorizo que All Care Health Center y cualquier medico. Enfermero practicante. Asistente medico u otro personal de atencion medica de All Care Health Center Proporcionar registros y discutir detalles de la atención y el tratamiento de mi estudiante en All Care Health Center con el personal (incluyendo, pero no limitado a, enfermeras escolares, consejeros, maestros, terapeutas, etc.). Administradores) en el Distrito Escolar Comunitario de Council Bluffs (CBCSD). Esta autorización estará en curso hasta que finalice. El propósito de la divulgación es proporcionar al personal de CBCSD información sobre el estado de salud de mi estudiante, medicamentos, tratamientos y visitas a la clínica que ellos y el personal del All Care Health Center creen que es importante para la seguridad de mi estudiante y para promover la salud y el éxito educativo de mi estudiante.

Entiendo y Reconozco Que

1. All Care Health Center No puede condicionar el tratamiento, la inscripcion o la elegibilidad para los beneficios Del estudiante si firmo esta Autorizacion.
2. La informacion medica que se divulga debido a esta autorizacion puede estar sujeta a una nueva divulgacion por parte Del destinatario y ya no estara protegida por las leyes estatales o federales.
3. Este Autorizacion esta valido mientras mi hijo(a) esta enscrito en las escuelas de Council Bluffs Community School District. Esta Autorizacion automaticamente expira cuando mi hijo(a) ya no este escrito en las escuelas de retiraCouncil Bluffs Community School District.
4. Yo entiendo que en cualquier momento tengo el derecho de suspended este Autorizacion con solo escribiendo un nota a All Care Health Center en la dirreccion de: 902 South 6th Street, Council Bluffs 51501
5. Entiendo que mi revocacion no es efectiva en cuanto a las divulgaciones ya realizadas y las acciones ya realizadas en base a este autorizacion.
6. Yo eh recibido estos documentos.

Una fotocopia o reproduccion exacta de esta autorizacion firmada tendra la misma fuerza y efecto que el original

Firma De Padre/Guardian

Fecha

Preparticipación Atlético Examen Físico, Actualización

Artículo VII 36.14 (1) Examen Físico. Todos los años cada estudiante (grados 7-12) presentará al supervisor del estudiante un certificado firmado por un médico y el cirujano licenciados, médico y cirujano osteopáticos, el osteópata, enfermero registrado avanzado (ARNP), ayudante de médico o médico calificado de la quiropráctica, al efecto que el estudiante se ha examinado y puede entrar seguramente en la competencia atlético. Este certificado de examen físico es válido para los propósitos de esta regla para uno (1) calendario año. Un periodo de gracia, no exceder treinta (30) días, es permitido para certificaciones expiradas de examen físico.

Cuestionario para la Participación Atlético (por favor escribe a máquina o imprime ordenadamente esta información)

Nombre _____ Masculino ___ Hembra ___ Fecha del nacimiento _____ Grado _____

Domicilio _____ Distrito Escolar _____

Nombre de padre/guardián _____ Fecha _____ Numero del teléfono _____

Médico de la familia _____ Teléfono del médico _____

HISTORIA DE LA SALUD (Las preguntas siguientes deben ser completadas por el estudiante-atleta con la ayuda de un padre o guardián. Un padre o el guardián son requeridos a firmar en al otro lado de esta forma después que el examen físico se completa.)

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 1 ___ ___ Alergia medicinas, al polen, los insectos, comida?
- 2 ___ ___ Enfermedad que dura más de una (1) semana?
- 3 ___ ___ El Asma o dificultad que respira durante ejercicio?
- 4 ___ ___ Enfermedad o la herida que es crónica o recurrente?
- 5 ___ ___ La Diabetes?
- 6 ___ ___ Epilepsia u otros ataques?
- 7 ___ ___ Llevar lentes o lentillas?
- 8 ___ ___ La infección del herpes o MRSA?
- 9 ___ ___ Hospitalizaciones (de noches o más largo)?
- 10 ___ ___ El Síndrome de Marfan?
- 11 ___ ___ Perdiendo órganos (ojo, un riñón, un testículo)?
- 12 ___ ___ La fiebre Reumática, el mononucleosis?
- 13 ___ ___ Las tomas o frecuente dolores de cabeza?
- 14 ___ ___ La cirugía?
- *****
- 15 ___ ___ Presión en el pecho, dolor o sensación de opresión con el ejercicio?
- 16 ___ ___ El mareo o desmayar con ejercicio?
- 17 ___ ___ Dolores de cabeza, mareos o desmayos durante, o después de hacer ejercicio?
- 18 ___ ___ Los problemas cardíacos (compitiendo, el murmullo, golpes saltados, la infección, etc.)?
- 19 ___ ___ La hipertensión o el colesterol alto?

Si No ¿Tenga este estudiante tuvo cualquiera...

- 20 ___ ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 21 ___ ___ La herida en la cabeza, la conmoción, la inconsciencia?
- 22 ___ ___ El entumecimiento, sentir hormigueo, o la debilidad en armamentos o piernas con contacto?
- *****
- 23 ___ ___ El músculo severo obstaculiza o se enferma al ejercitar en el calor?
- *****
- 24 ___ ___ Fractura, la fractura por sobrecarga o articulación dislocada?
- 25 ___ ___ Las heridas que requieren el tratamiento médico?
- 26 ___ ___ La herida de rodilla o la cirugía de rodilla?
- 27 ___ ___ La herida del cuello?
- 28 ___ ___ Aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos, equipos de protección?
- 29 ___ ___ Otras heridas articulación graves?
- 30 ___ ___ Doloroso abultamiento o hernia en la ingle?
- 31 ___ ___ Rayos X, resonancia magnética, tomografía computarizada, terapia física?
- *****
- 32 ___ ___ Un médico ha negado nunca o restringido su participación en los deportes por cualquier razón?
- 33 ___ ___ ¿Tiene alguna duda que le gustaría discutir con su proveedor de atención médica?

Si No Historia de Familia

- 34 ___ ___ ¿En su familia tiene cualquiera síndrome de Marfan?
- 35 ___ ___ ¿Ha alguien de su familia murió de problemas cardíacos o cualquier motivo inesperado/inexplicada antes de la edad de 50 años?
- 36 ___ ___ ¿Alguien en su familia tiene un problema cardíaco, marcapasos o desfibriladores implantables?
- 37 ___ ___ ¿Tiene alguien en su familia había inexplicable desmayo, convulsiones, o cerca de ahogarse?
- 38 ___ ___ ¿Alguien en su familia tiene asma?
- 39 ___ ___ ¿Usted o alguien de su familia tienen rasgo de células falciformes o la enfermedad?

Utilice este espacio para explicar cualquiera del encima de numerado "sí" respuestas (preguntas #1-38) o para proporcionar información adicional: _____

- 40 ¿Es usted alérgico a cualquier prescripción o medicinas sin receta? Si sí, lista: _____
- 41 Lista todos medicinas que usted actualmente está tomando (incluir inhalantes de asma y EpiPens) y la condición que la medicina es para-
A _____ B _____ C _____
- 42 Año del último conocido- El tétano inyección _____ Vacunación de Meningitis _____ Vacunación de Influenza _____
- 43 ¿Qué es el más y menos usted ha pesado en el año pasado? Mayoría _____ Menos _____
- 44 ¿Está usted contento con su peso actual? Sí _____ No _____

PARA MUJERES SOLO-

1. ¿Cuántos años tenía cuando usted tuvo su primer período menstrual? _____
2. En el año pasado, ¿qué es el tiempo más largo que usted ha ido entre períodos menstruales? _____

Registro Físico del Examen (Ser completado por un médico de profesional licenciado como designado en el Artículo VII 36.14(1). Esta evaluación es de sólo determinar la prontitud para la participación de deporte. No se debe utilizar como un sustituto para exámenes regulares de salud.

Nombre de atleta _____ La altura _____ Peso _____

Pulso _____ Tensión _____ / _____ (Repita si anormal _____ / _____) la Visión R 20/ _____ L 20/ _____

	NORMALES	CONCLUSIONES ANORMALES	INICIALAN
1. La apariencia (esp. Marfan's)	_____	_____	_____
2. Los ojos/orejas/nariz/garganta	_____	_____	_____
3. El tamaño del alumno (Iguala/no igual)	_____	_____	_____
4. La boca & dientes	_____	_____	_____
5. El cuello	_____	_____	_____
6. Nodos de linfa	_____	_____	_____
7. El corazón (Parándose & Mintiendo)	_____	_____	_____
8. Pulsos (esp. Femoral)	_____	_____	_____
9. El pecho & pulmones	_____	_____	_____
10. El abdomen	_____	_____	_____
11. Pele	_____	_____	_____
12. Los genitales-Hernia	_____	_____	_____
13. El músculo esquelético-ROM, la fuerza, etc. (Vea las preguntas 24-28)	_____	_____	_____
14. Neurológico	_____	_____	_____

Los comentarios con respecto a conclusiones anormales - _____

La Recomendación Atlética de la Participación de los Licenciados Médicos Profesionales

REPLETO & ILIMITADA PARTICIPACION

LIMITO PARTICIPACION-NO puede tomar parte en el siguiente (verificó)

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Béisbol | <input type="checkbox"/> Baloncesto | <input type="checkbox"/> A campo través | <input type="checkbox"/> Fútbol americano | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Fútbol |
| <input type="checkbox"/> Béisbol para chicas | <input type="checkbox"/> Natación | <input type="checkbox"/> Tenis | <input type="checkbox"/> pista(correr) | <input type="checkbox"/> Voleibol | <input type="checkbox"/> Lucha |
| <input type="checkbox"/> Lanzamiento | | | | | |

Espacio Libre pendiente documentado sigue de _____

No aprobado para la Participación Atlética debido a: _____

Nombre de Médico Licenció Profesional (Imprimió) _____

La Fecha _____

Firma de Médico Licenció Profesional _____

Numero del teléfono _____

El permiso y la liberación de los Padres o el Guardián (Firme después del examen físico se ha completado.)

Yo verifique la certeza de la información en el lado opuesto de esta forma y doy mi consentimiento para el estudiante denominado para entrar en actividades atléticas aprobados como un representante de su escuela, menos que esas actividades indicadas por encima del profesional licenciado. También doy mi permiso para el médico del equipo, certificado de entrenador de atletismo, u otro personal calificado para dar tratamiento de primeros auxilios a mi hijo o hija en un evento atlético en caso de lesión o enfermedad y compartir la información necesaria sobre la lesión/enfermedad con el personal escolar apropiado.

El nombre del padre/guardián (Imprimió) _____

Firma del padre/guardián _____

Dirección de domicilio (Apartados de correos de calle, la ciudad, el estado, la cremallera) _____

El numero del teléfono _____

Esta forma se ha desarrollado con la ayuda del Comité en la Medicina de Deporte del Iowa la Sociedad Médica y ha sido aprobada para el uso por el Departamento de Iowa de la Educación, Iowa Educa Alto la Asociación Atlética, Chicas de Iowa Educan Alto Unión Atlética. Las escuelas son favorecidas a no cambiar esta forma de su formato publicado. Las formas adicionales de la escuela ciertamente pueden ser conectadas a esta forma.