Forma De Autorizacion De Lanzamiento Sobre Su Informacion De Salud

Nombre Del Estudiante:
Fecha De Nacimiento
Padre/ Guardian:
Domicilio:
Numero De Telefono:

Como parde o guardian legal de un estudiante que receive 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 finalize. 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 dirrecion 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

Articulo 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 frecuenta 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 substituto 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)

____Béisbol ____Baloncesto ____A campo través ____Fútbol americano ____Golf ____Fútbol
____Béisbol para chicas ____Natación ____Tenis ____pista(correr) ____Voleibol ____Lucha
____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.