

UNIFICADO DE KENOSHA
PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL ESTUDIANTE

Si este documento no está firmado, se asume que **NO** otorga la autorización. La autorización es efectiva hasta que sea revocada por un padre o tutor, o hasta que el Estudiante ya no esté inscrito en la Escuela.

El propósito de esta autorización es permitir la divulgación de la información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) del Estudiante entre profesionales de la salud, entrenadores, personal de entrenamiento atlético, personal de seguros y consejeros y administradores académicos. Esta divulgación permite que el personal médico atlético y la Escuela tomen ciertas decisiones sobre la salud y la capacidad del Estudiante para participar en ciertos programas deportivos sancionados por la Escuela de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Información de Salud (HIPAA). HIPAA protege la información sobre lesiones personales y enfermedades contra la divulgación sin autorización conforme a HIPAA. La PHI del estudiante incluye, pero no se limita a, información relacionada con la naturaleza y el tratamiento de una lesión o enfermedad, historial médico y estado, pronóstico, diagnóstico, estado de participación atlética, cobertura de seguro y copias de registros médicos y del hospital.

De conformidad con esta autorización firmada, el personal de entrenamiento atlético, incluidos entrenadores, entrenadores u otro personal calificado de Kenosha Unified Hockey/Kenosha Thunder (escuela) están autorizados a divulgar la PHI del estudiante verbalmente o por escrito, según sea necesario y apropiado para el propósito de la atención médica. tratamiento o intercambio de información sobre la salud del Estudiante según lo permita o exija la ley (p. ej., determinar la capacidad y elegibilidad del Estudiante para participar en programas deportivos aprobados por la Escuela, evaluar lesiones y otras afecciones médicas que el Estudiante informe mientras participa en programas deportivos aprobados por la Escuela, etc.).

La PHI del estudiante se puede divulgar a:

- (1) Los entrenadores de la escuela, el director deportivo u otros miembros del personal administrativo de la escuela o sus designados;
- (2) Los padres y tutores del estudiante; y
- (3) Personal médico de emergencia, hospitales u otros profesionales de la salud que evalúen, diagnostiquen o traten una lesión, enfermedad u otra afección en la que incurra el Estudiante mientras participa en programas deportivos sancionados por la Escuela, según sea necesario para:
 - (a) Evaluar la elegibilidad para participar en actividades escolares, que incluyen, entre otros, programas deportivos interescolares o intramuros y clases de educación física;
 - (b) Documentar y evaluar el tratamiento de primeros auxilios y las modalidades de tratamiento atlético proporcionadas;
 - (c) Evaluar las alternativas de tratamiento; y
 - (d) Resolver las controversias que surjan en relación con lo anterior.

La firma de esta autorización/consentimiento es voluntaria, y la autorización se puede revocar en cualquier momento mediante una revocación por escrito enviada tanto al departamento deportivo de la Escuela como al personal de entrenamiento deportivo. Sin embargo, es posible que se requiera autorización para que el Estudiante participe en un programa deportivo. Cualquier revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado. El estudiante y los padres y tutores del estudiante se reservan el derecho de revisar todos los registros y obtener una copia de todos los registros publicados en cualquier momento previa solicitud. En el caso de que la PHI del estudiante sea divulgada nuevamente por una persona que la reciba bajo esta autorización, ya no estará cubierta por esta autorización.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA TRATAR AL ESTUDIANTE

Es posible que se requiera el consentimiento para que el Estudiante participe en un programa deportivo. El consentimiento es efectivo hasta que sea revocado por un padre o tutor, o hasta que el Estudiante ya no esté inscrito en la Escuela.

Si el personal atlético determina que el estudiante necesita atención médica inmediata más allá de la que puede proporcionar el personal atlético en la escuela y no se puede contactar al padre, tutor o contacto de emergencia del estudiante, el personal atlético puede usar su criterio para obtener ayuda médica. , incluido el servicio de ambulancia y el ingreso en un hospital si es necesario.

El personal de atletismo, incluidos los entrenadores de atletismo, los entrenadores u otro personal calificado puede aplicar tratamiento de primeros auxilios para cualquier lesión sufrida durante la participación en programas de atletismo sancionados por la Escuela; el entrenador de atletismo puede evaluar y tratar otras lesiones o afecciones médicas emergentes o no emergentes del Estudiante que se le informen en relación con la actividad física, el acondicionamiento o la prevención de lesiones del Estudiante, independientemente de si el Estudiante participa o no en deportes; y si está disponible en la Escuela, el entrenador atlético de la Escuela puede proporcionar modalidades de tratamiento apropiadas, como ultrasonido y estimulaciones electrónicas para tratar cualquier lesión del Estudiante u otra condición médica.

Recibí la información de educación sobre conmociones cerebrales requerida por el estado de la escuela y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo que la prueba de referencia de conmoción cerebral es opcional para el Estudiante y acepto que el Estudiante participe en el programa de prueba de referencia de conmoción cerebral que se ofrece a través de la Escuela.

Si no da su consentimiento para el tratamiento de su estudiante, comuníquese directamente con el Departamento de Deportes de su escuela y no envíe este formulario.

Al firmar a continuación, se otorga el consentimiento para tratar a su estudiante por parte del personal de capacitación:

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____