



\*FAC\*

CoxHealth  
Springfield, MO  
Regional Services

Patient Sticker

**FORMULARIO DEL REGISTRO DEL PACIENTE**  
(Patient Registration Form, Spanish)

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_ # De seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Origen étnico:  Hispano  Latino  No Hispano  Latino Idioma:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

Raza:  Indio Americano  Nativo de Alaska  Asiático  Negro u Afro-Americano  Blanco  Nativo de Hawái u otro Isteño del Pacífico

Favor de completar todos los campos y revise el número de teléfono a donde usted prefiere que se le dejen mensajes sobre el cuidado de su salud.

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  Teléfono celular: \_\_\_\_\_  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACION**

Nombre del Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador del Paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_

Nombre del esposo(a): \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo/Celular del esposo(a): \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL SEGURO MEDICO**

Contacto de Emergencia: Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La visita está relacionada por algún accidente?  Sí  No Si sí, favor especifique si es de AUTO u Otro: \_\_\_\_\_

Esta visita está relacionada por algún accidente de trabajo?  Sí  No Si sí, favor de proporcionar el Seguro de Compensación del Trabajador.

◆ **SEGURO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_ # De seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

# De grupo: \_\_\_\_\_ # de póliza/ID: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el asegurado:  Yo  Esposo  Hijo  Otro (explique): \_\_\_\_\_

◆ **SEGURO SESUNDARIO:** \_\_\_\_\_ **NOMBRE DEL ASEGURADO:** \_\_\_\_\_

Empleador del Asegurado: \_\_\_\_\_ # De seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_

# De grupo: \_\_\_\_\_ # de póliza/ID: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Parentesco del paciente con el asegurado:  Yo  Esposo  Hijo  Otro (explique): \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN (completar SOLO si los pacientes son menores de edad o pacientes con custodia legal.)**

◆ **PARENTESCO:**  Padre  Madre  Custodio legal

Nombre: (Nombre, Inicial del segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ #De seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

◆ **PARENTESCO:**  Padre  Madre  Custodio legal

Nombre: (Nombre, Inicial del segundo nombre, apellido) \_\_\_\_\_ #De seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA PACIENTES NUEVOS - Cómo se entero de nuestros servicios?**

- Directorio del Plan de Salud (HP)
- Amigo/Pariente (FR)
- Directorio telefónico
- Radio/TV (RT)
- Anuncio Impreso/Periódico (PA)
- Clínica de urgencias (UC)
- Otro (OT)
- Sitio Web CoxHealth (WS)
- Otro Médico (AP)
- Cartelera/Avisos (BS)
- Cox línea de información (IL)
- No sé (DK)

"La copia de esta autorización será tan efectiva y valida como la original."



CoxHealth  
Springfield, MO  
www.coxhealth.com

Patient Sticker

\*CONSNT\*

**PERMISO ANUAL PARA COMPARTIR INFORMACION**

**Propósito:** Muchos pacientes quieren que su proveedor del cuidado de la salud comparta información médica y/o de facturación con determinados miembros de la familia, amigos u otros quienes estén involucrados en su cuidado médico. El propósito de esta autorización anual es para comunicarnos con su proveedor de servicio de salud con respecto a quien puede tener acceso a esta información. Por favor tenga en cuenta que se le pedirán firmar este documento anualmente en todas las clínicas de CoxHealth.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*\*\*Nombre de los padre(s) en caso de ser un menor: \_\_\_\_\_

Yo autorizo la divulgación de información financiera e información médica protegida (PHI) de la siguiente manera:

Al sistema completo de Cox, que incluye, pero no está limitado a CoxHealth, Centros Médicos Lester E. Cox, Hospitales Cox-Monett, Servicios Regionales CoxHealth, Clínica Ferrell Duncan, Springfield Neurological y Spine Institute.

No divulgue información a las(s) siguiente(s) entidad(es): \_\_\_\_\_

Con solicitud previa estas personas tienen acceso a mi información financiera y/o información de salud protegida (PHI). Esto pudiera incluir información médica verbal y/o escrita.

No autorizo la comunicación con nadie.

Autorizo la comunicación con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cualquier aspecto de mi cuidado  Solo información de salud  Facturación (incluye información médica y copias de facturas)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cualquier aspecto de mi cuidado  Solo información de salud  Facturación (incluye información médica y copias de facturas)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Cualquier aspecto de mi cuidado  Solo información de salud  Facturación (incluye información médica y copias de facturas)

Cubriendo los siguientes plazos de tiempo: Si no se han marcado, todos los encuentros del pasado, presente, y futuro serán predeterminados.

Todos los encuentros/visitas del pasado, presente, y futuro U Otro: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario de autorización, entiendo que:

- PHI puede incluir registros referentes al cuidado psiquiátrico y psicológico, enfermedades contagiosas, VIH/SIDA, tratamiento por abuso al alcohol, abuso de drogas, y otra información confidencial.
- Tengo el derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. La revocación debe ser hecha por escrito y presentada a cada clínica en donde se le prestaron los servicios.
- A menos que se revoque, esta autorización expirará al siguiente día/evento/condición: \_\_\_\_\_. Si no se especifica un día/evento/condición de expiración, esta autorización expirará al año de la fecha en que se firmo.
- Tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios pudieran no ser condicionados en base a si firmo o no esta autorización.
- Cualquier divulgación de información tiene el potencial de divulgarse sin autorización y la información pudiera no ser protegida por las reglas federales de confidencialidad.
- Puedo recibir una copia de esta autorización.

Firma del paciente/Representante autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta del representante autorizado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\*\*Si fue firmado por un representante autorizado del paciente, documentación legal secundaria tiene que acompañar a este formulario de autorización. \*\*



AUTHOR

CoxHealth  
Springfield, MO  
Health Information Management

Patient Sticker

### AUTHORIZATION, FINANCIAL OBLIGATION and CONSENT

**Authorization to Release Information.** I authorize the disclosure of any or all information in my medical or accounting record, including information regarding the diagnosis or treatment of HIV, AIDS, mental illness, or substance abuse, to any person, corporation or agency responsible for determining the necessity, appropriateness, payment or other matters related to CoxHealth treatment or services. This includes, but is not limited to, insurance carriers and companies, managed care plans, health maintenance organizations, preferred provider organizations, workers' compensation carriers, welfare agencies, Medicaid, or Medicare and its intermediaries and carriers, or my employer, which may be necessary to process any claim related to this hospitalization or outpatient service. I further agree that if my injury is work-related, I authorize the disclosure of my medical record related to my work-related injury to my employer or employer's representative.

**Assignment of Benefits.** I assign to CoxHealth or the Covered Entities listed below the benefits due to me for CoxHealth services from my insurance carrier or company, managed care plan, health maintenance organization, Medicaid, or Medicare and its intermediaries and carriers.

**Medicare Beneficiaries.** I authorize CoxHealth to obtain information from the Social Security Administration regarding my entitlement to benefits and my health insurance claim numbers.

**Financial Obligation.** I agree that I am financially responsible for payment of all amounts due for services provided by CoxHealth and the physicians. I further understand that I am responsible to pay for such services regardless of whether I have insurance coverage or whether other parties may also be responsible for paying for my care. I will not be responsible to pay for such services rendered if my financial obligation is waived by contractual agreements between CoxHealth and my insurer, or if prohibited by applicable state or federal laws or regulations. I agree to pay interest at the legal rate as defined by §408.020 RSMo., if the amount for which I am responsible is not paid within ten (10) days of receipt of the bill. In the event of collection, I agree that the cost of collection, including reasonable attorney's fees and court costs, will be included as part of my financial obligation to CoxHealth and the entities listed below. This agreement shall be governed by Missouri law, and I hereby waive venue and agree that venue shall be appropriate in Greene County, Missouri.

**Covered Entities.** This Authorization, Financial Obligation and Consent Form applies to Lester E. Cox Medical Centers ("CoxHealth") facilities, departments and clinics including SNI Imaging, Ferrell-Duncan Clinic as well as its affiliated entities including Oxford Healthcare; Cox HPS of the Ozarks, Inc.; Cox-Monett Hospital, Inc.; Ozark Neuro Rehab; Cancer Research for the Ozarks, (all entities collectively referred to as "Cox Health") and the following hospital-based independent provider groups as applicable: Ozark Anesthesia Associates, Inc.; Litton & Giddings Radiological Associates, Inc.; Pathology Services of Springfield, Inc.; Emergency Physician of Springfield, Inc.; EJW Anesthesia, Inc.; and Visionary Imaging, Inc. (all entities and hospital based groups collectively referred to as "Covered Entities")

**I UNDERSTAND I MAY RECEIVE SEPARATE BILLS FROM EACH ENTITY NAMED IN THIS PARAGRAPH.**

**Consent for Treatment.** I agree, request and authorize the employees or, contractors of CoxHealth and its Covered Entities to provide healthcare services to me and further consent to any examination, tests or procedures that may be advisable or necessary for routine diagnostic purposes or to diagnose or treat my medical condition. I realize that among those who attend to patients at CoxHealth and its Covered Entities are medical, nursing and other healthcare personnel in training who may be present and participating in my care as part of their education. I authorize the taking of photographs or other images of me or parts of my body for use in medical evaluation and education. I am aware that the practice of medicine is not an exact science and understand that no promise, guarantee or warranty has been made regarding the results of the examination or treatment I receive. I understand that the employees and contractors of CoxHealth and the Covered Entities do not routinely test patients for hepatitis or human immunodeficiency virus (HIV). I agree to have my blood tested for hepatitis or HIV infection, if my physician determines that it is necessary or if an employee, provider, volunteer or contractor of CoxHealth or its Covered Entities is exposed to my blood or bodily fluids. If my blood indicates infection, my physician will be notified as well as any other individual, entity or agency required by law.

**Release of Responsibility for Valuables.** I understand that CoxHealth strongly recommends that all personal belongings and valuables be sent home or placed in CoxHealth's security for safekeeping until I am discharged. I understand that CoxHealth will not be liable for loss or damage to any personal property I may choose to keep with me and will not replace any personal items if they are lost or stolen.

**Notice of Privacy Practices.** The CoxHealth Notice of Privacy Practices sets forth my rights regarding my personal health information and the ways in which it may be used or disclosed, I acknowledge that on \_\_\_\_\_ (date)  
\_\_\_ I received a copy of the CoxHealth Notice of Privacy Practices \_\_\_ I declined a copy of the CoxHealth Notice of Privacy Practices

The Notice of Privacy Practices was revised January 2013 and is available upon request.  
I certify that I have read all parts of this Authorization, Financial Obligation and Consent Form, accept all its terms and conditions, that all representations made by me are true, and that a copy of this form is effective and valid as the original.

\_\_\_\_\_  
Patient parent if minor child, or guardian,  
(If Patient unable to sign, Representative name and Relationship)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Primary insured if different from patient  
\_\_\_\_\_  
Secondary insured if different from patient  
\_\_\_\_\_  
Guarantor if different from patient

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness

\_\_\_\_\_  
Date



---

**C.A.R.E. Mobile Authorization for Consent to Treat a Minor**

---

Child's Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, the \_\_\_\_\_ of the minor child listed above, hereby request  
(name of parent or guardian) (relationship to child)

and authorize \_\_\_\_\_ to facilitate treatment and health care for my child that is to be  
(name of child's school)

provided by the CoxHealth C.A.R.E. Mobile program, including but not limited to: primary care services, immunizations, vision services, sports pre-participation physicals, and the treatment of common illnesses

This authorization shall terminate one (1) year from the date indicated below, unless otherwise revoked in writing.

I have read and understand the services listed herein and my signature provides consent for my child to receive services provided by the C.A.R.E. Mobile.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# EVALUACIÓN FÍSICA – PRE-PARTICIPACIÓN

## FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

(Nota: Este formulario debe ser relleno por el paciente y padre/madre antes de ver al doctor. El doctor debe mantener este formulario en el expediente)

Fecha del examen \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Deporte(s) \_\_\_\_\_

**Medicamentos y Alergias:** Por favor, indica todos los medicamentos con y sin receta médica y suplementos (herbales y nutricionales) que estás tomando actualmente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tienes alergias  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor identifica abajo la alergia específica.  
 Medicamentos  Polen  Comida  Picaduras de insecto

Explica abajo las preguntas respondidas con un "sí". Pon un círculo alrededor de las preguntas cuyas respuestas desconoces.

PREGUNTAS GENERALES	Sí	No
1. ¿Alguna vez un doctor te ha prohibido o limitado tu participación en deportes por alguna razón?		
2. ¿Tienes actualmente alguna condición médica? Si es así, por favor identifícala abajo: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infecciones Otro: _____		
3. ¿Has sido ingresado alguna vez en el hospital?		
4. ¿Has tenido cirugía alguna vez?		
PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DE TU CORAZÓN	Sí	No
5. ¿Te has desmayado alguna vez o casi te has desmayado?		
6. ¿Has tenido alguna vez molestias, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?		
7. ¿Alguna vez has sentido que tu corazón se acelera o tiene latidos irregulares cuando haces ejercicio?		
8. ¿Te ha dicho alguna vez un doctor que tienes un problema de corazón? Si es así, marca el que sea pertinente: <input type="checkbox"/> Presión alta <input type="checkbox"/> Un soplo en el corazón <input type="checkbox"/> Nivel alto de colesterol <input type="checkbox"/> Una infección en el corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki <input type="checkbox"/> Otro: _____		
9. ¿Alguna vez un doctor te ha pedido que te hagas pruebas de corazón? (Por ejemplo, ECG/EKG, ecocardiograma)		
10. ¿Te sientes mareado o te falta el aire más de lo esperado cuando haces ejercicio?		
11. ¿Has tenido alguna vez una convulsión?		
12. ¿Te cansas más o te falta el aire con más rapidez que a tus amigos cuando haces ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN DE TU FAMILIA	Sí	No
13. ¿Has tenido algún familiar que ha fallecido a causa de problemas de corazón o que haya fallecido de forma inexplicable o inesperada antes de la edad de 50 años (incluyendo ahogo, accidente de tráfico inesperado, ...)?		
14. ¿Sufrir alguien en tu familia de cardiomiopatía hipertrófica, síndrome Marfan, cardiomiopatía arritmogénica ventricular derecha, síndrome de QT corto, síndrome de Brugada, o taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica?		
15. ¿Alguien en tu familia tiene problemas de corazón, un marcapasos o un desfibrilador implantado en el pecho?		
16. ¿Ha sufrido alguien en tu familia un desmayo inexplicable, convulsiones inexplicables, o casi se ha ahogado?		
PREGUNTAS SOBRE HUESOS Y ARTICULACIONES	Sí	No
17. ¿Alguna vez has perdido un entrenamiento o partido porque te habías lesionado un hueso, músculo, ligamento o tendón?		
18. ¿Te has roto o fracturado alguna vez un hueso o dislocado una articulación?		
19. ¿Has sufrido alguna vez una lesión que haya requerido radiografías, resonancia (MRI) tomografía, inyecciones, terapia, un soporte ortopédico/tabilla, un ...?		
20. ¿Has sufrido alguna vez una fractura por estrés?		
21. ¿Te han dicho alguna vez que tienes o has tenido una radiografía para diagnosticar inestabilidad del cuello o inestabilidad atlantoaxial? (Síndrome de Down o enanismo)		
22. ¿Usas regularmente una tabilla/soporte ortopédico, ortesis, u otro dispositivo de ...?		
23. ¿Tienes una lesión en un hueso, músculo o articulación que te esté ...?		
24. ¿Algunas de tus articulaciones se vuelven dolorosas, inflamadas, se sienten calientes, o se ...?		
25. ¿Tienes historial de artritis juvenil o enfermedad del tejido conectivo?		



# PRE-PARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION PHYSICAL EXAMINATION FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

- Physician Reminders:**
- Consider additional questions on more sensitive issues.
    - Do you feel stressed out or under a lot of pressure?
    - Do you ever feel sad, hopeless, depressed, or anxious?
    - Do you feel safe at your home or residence?
    - Have you ever tried cigarettes, chewing tobacco, snuff, or dip?
    - During the past 30 days, did you use chewing tobacco, snuff or dip?
    - Do you drink alcohol or use any other drugs?
    - Have you ever taken anabolic steroids or used any other performance supplements?
    - Have you ever taken any supplements to help you gain or lose weight or improve your performance?
    - Do you wear a seat belt, use a helmet, and use condoms?
  - Consider reviewing questions on cardiovascular symptoms (Questions 5-14).

**EXAMINATION**  Male  Female

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_  
 BP: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_ Vision: R 20/ \_\_\_\_\_ L 20/ \_\_\_\_\_ Corrected:  Yes  No

**MEDICAL** NORMAL ABNORMAL FINDINGS

**Appearance**  
 • Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, arm span > height, hyperlaxity, myopia, MVP, aortic insufficiency)

**Eyes/Ears/Nose/Throat**  
 • Pupils equal  
 • Hearing

**Lymph Nodes**

**Heart\***  
 • Murmurs (auscultation standing, supine, +/- Valsalva)  
 • Location of point of maximal pulse (PMI)

**Pulses**  
 • Simultaneous femoral and radial pulses

**Lungs**

**Abdomen**

**Genitourinary (males only)\*\***

**Skin**  
 • HSV, lesions suggestive of MRSA, linea corporis

**MUSCULOSKELETAL** NORMAL ABNORMAL FINDINGS

**Neck**

**Back**

**Shoulder/arm**

**Elbow/forearm**

**Hip/thigh**

**Knee**

**Leg/ankle**

**Foot/toes**

**Functional**  
 • Duck-walk, single leg hop

\* Consider ECG, echocardiogram, and referral to cardiology for abnormal cardiac history or exam; \*\* Consider GU exam if in private setting. Having third party present is recommended.  
 \*\*\* Consider cognitive evaluation or baseline neuropsychiatric testing if a history of significant concussion.

Cleared for all sports without restriction.

Cleared for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment for:

Not Cleared  
 Pending further evaluation  
 For any sports  
 For certain sports (please list):  
 Reason: \_\_\_\_\_

**Recommendations:**  
 I have examined the above-named student and completed the pre-participation physical evaluation. The athlete does not present apparent clinical contraindications to practice and participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam is on record in my office and can be made available to the school at the request of the parents. If conditions arise after the athlete has been cleared for participation, the physician may rescind the clearance until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of Physician (type/print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Signature of Physician (MD/DO/ARNP/PA/Chiropractor): \_\_\_\_\_

## EVALUACIÓN FÍSICA previa a la participación

Missouri State High School secundaria Vida Asociativa (MSHSAA) Elegibilidad y Declaración de Autorización

### ACUERDO DEL ESTUDIANTE (respecto a las condiciones de participación)

Esta aplicación para representar a mi escuela en atletismo interescolar es totalmente voluntario de mi parte y se hace con el entendimiento de que he estudiado y entendido las normas de elegibilidad que debe cumplir para representar a mi escuela y que no he violado ninguna de ellas.

He leído, entendido y acusar recibo del folleto MSHSAA titulado "Como mantener y proteger su derecho a recibir la Escuela Secundaria", que contiene un resumen de las reglas de elegibilidad de la MSHSAA. (Entiendo que una copia del Manual MSHSAA se encuentra archivada en el administrador principal y atlético y que puede revisar en su totalidad, si así lo desean. Todos MSHSAA los estatutos y reglamentos del Manual también se publican en el MSHSAA sitio web en [www.mshsaa.org](http://www.mshsaa.org)).

Entiendo que un miembro de la escuela MSHSAA deben cumplir con todas las reglas y regulaciones que pertenecen a la escuela patrocinados, atletismo interescolar programas, y reconozco que las normas locales pueden ser más estrictas que las normas MSHSAA.

También entiendo que si no cumpla con las normas de ciudadanía establecidos por la escuela o si estoy expulsado de un concurso interescolar por un acto antideportivo, podría resultar en que no me está permitido participar en el próximo concurso o suspensión del equipo ya sea temporal o permanentemente.

Entiendo que si se me cae una clase, tomar cursos a través de la opción de Inscripción Post-Secundaria, flexibilizar créditos, u otras opciones educativas, esta acción podría afectar el cumplimiento de los estándares académicos y MSHSAA mi elegibilidad.

Entiendo que la participación en deportes interescolares es un privilegio y no un derecho. Como estudiante atleta, comprendo y acepto las siguientes responsabilidades:

- Voy a respetar los derechos y creencias de los demás y tratar a los demás con cortesía y consideración.
- Voy a ser totalmente responsable de mis propias acciones y las consecuencias de mis acciones.
- Respetaré la propiedad ajena.
- Voy a respetar y obedecer las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.
- Voy a respetar a quienes tienen la responsabilidad de hacer cumplir las reglas de mi escuela y las leyes de mi comunidad, estado y país.

He completado y / o verificado que parte de este certificado, que me obliga a enumerar todas las lesiones anteriores o condiciones adicionales que son conocidos por mí, que puedan afectar a mi rendimiento en la representación de mi escuela, y puedo comprobar que es correcta y completa.

Firma del Atleta:

Fecha:

### PERMISO DE LOS PADRES (Autorización para el Tratamiento, la divulgación de información médica e Información de Seguros)

Consentimiento informado: Por su naturaleza, la participación en actividades deportivas interescolares incluye el riesgo de lesiones corporales graves y la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis B. Aunque las lesiones graves no son comunes y el riesgo de transmisión del VIH es casi inexistente en los programas deportivos escolares supervisados, es imposible eliminar todos los riesgos. Los participantes deben obedecer todas las reglas de seguridad, informar de todos los problemas físicos y de higiene a sus entrenadores, seguir un programa de acondicionamiento adecuado, e inspeccionar su propio equipo todos los días. Los padres, tutores o estudiantes que no deseen aceptar el riesgo DESCRITO EN ESTE AVISO NO DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO. LOS ESTUDIANTES NO PUEDEN PARTICIPAR EN MSHSAA PATROCINADO POR DEPORTE SIN FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DE LA PADRE / TUTOR / S.

Entiendo que en el caso de lesión o enfermedad que requiera el transporte a un centro de atención a la salud, un intento razonable será hecho para contactar a los padres o tutores en el caso de que el estudiante-atleta es menor de edad, pero que, en su caso, el estudiante-atleta será transportado en ambulancia al hospital más cercano.

Por la presente damos nuestro consentimiento para que el estudiante arriba para representar a su / su escuela de atletismo interescolar. También damos nuestro consentimiento para que él / ella para acompañar al equipo en viajes y no responsable a la escuela en caso de accidente o lesión, ya sea en ruta hacia o desde otra escuela o durante una práctica o una competencia interescolar, y estamos de acuerdo en la presente para hacer que el distrito escolar de que esta escuela es una parte y la MSHSAA, sus empleados, agentes, representantes, entrenadores y voluntarios, libres de cualquier y toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, demandas o reclamos de cualquier tipo y naturaleza que puedan surgir por o en conexión con la participación de mi hijo / a en cualquier actividad relacionada con el programa interescolar de su / su escuela.



Si no se puede llegar y en caso de una emergencia, también damos nuestro consentimiento para que la escuela obtenga a través de un médico u hospital de su elección, la asistencia médica que sea razonablemente necesario para el bienestar del estudiante, si él / ella es herido en el transcurso de las actividades escolares deportivas. Se autoriza la divulgación de la información médica necesaria para el médico, entrenador de atletismo, y / o personal de la escuela relacionadas con dicho tratamiento / cuidado. Entendemos que la escuela no puede proporcionar el transporte a todos los eventos, y permitir / no permitir (MARQUE UNA) a mi hijo a manejar su / su vehículo en un caso así.

Para habilitar la MSHSAA para determinar si el presente documento estudiante llamado es elegible para participar en deportes escolares en la escuela miembro MSHSAA, consiento a la liberación de cualquiera y todas las partes de los archivos escolares a MSHSAA, a partir de séptimo grado, del presente documento denominado estudiante, incluyendo específicamente, sin limitar la generalidad de lo anterior, los registros de nacimiento y edad, nombre y dirección de residencia del padre (s) o tutor (s), dirección de residencia del estudiante, trabajo académico completado, calificaciones recibidas, y los datos de asistencia.

Confirmamos que la presente solicitud para que el estudiante arriba para representar a su / su escuela de atletismo interescolar se hace con el entendimiento de que se ha estudiado y entendido las normas de elegibilidad que nuestro hijo / hija debe reunirse para representar a su / su escuela y que él / ella no ha violado ninguno de ellos. También entiendo que si mi hijo / hija no cumple con las normas de ciudadanía establecidos por la escuela o si él / ella es expulsada de un concurso interescolar por un acto antideportivo, podría dar lugar a que él / ella no se le permita participar en la próximo concurso o suspensión del equipo de forma temporal o permanente.

Doy mi consentimiento para el uso de la MSHSAA el nombre del estudiante nombrado en este documento, imagen, atlético y la información relacionada en los informes de los concursos, literatura promocional de la Asociación y otros materiales y comunicados relacionados con el atletismo interescolar.

Tenemos, además, que hemos completado la parte de este certificado, que nos obliga a enumerar todas las lesiones anteriores o condiciones adicionales que son de nuestro conocimiento que pueden afectar el rendimiento del atleta o el tratamiento y certifico que es correcta y completa.

El MSHSAA estatutos sociales establecen que un estudiante no se le permitirá practicar o competir en una escuela hasta que tenga verificación de que él / ella tiene servicios básicos de salud / cobertura de seguro de accidentes, que incluye el atletismo. Nuestro hijo / a está cubierto por servicios básicos de salud / seguro de accidentes para el año escolar en curso, como se indica a continuación:

Nombre de la compañía de seguros:	Número de Póliza:
Firma del padre (s) o tutor:	Fecha:

#### FIRMA DEL PADRE Y ESTUDIANTE (Materiales Conmoción cerebral)

Acepto la responsabilidad de reportar todas las lesiones y enfermedades a mi escuela y el personal médico (médico deportivo formador / equipo), incluyendo todos los signos y síntomas de una conmoción cerebral. He recibido y leído los materiales MSHSAA sobre las conmociones cerebrales, que incluye información sobre la definición de una conmoción cerebral, los síntomas de una conmoción cerebral, qué hacer si tengo una conmoción cerebral y cómo prevenir una conmoción cerebral. Informaré a mi escuela y atlético médico formador / equipo de inmediato si presenta cualquiera de estos síntomas o si soy testigo de un compañero de equipo con estos síntomas.

Firma del Atleta:	Fecha:
Firma del padre (s) o tutor:	Fecha:

#### INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Padre (s) o tutor	dirección	número de teléfono
Nombre del contacto	Relación con el atleta	número de teléfono
Nombre del contacto	Relación con el atleta	número de teléfono