



CENTRO MATTHEW J. MORAHAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS ATLETAS
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_
TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo al Centro Matthew J. Morahan para la Evaluación de la Salud de los Atletas ("Centro MJM"), y a Barnabas Health a revelar la información de la salud del paciente descrita a continuación a:

PEDIATRA \_\_\_\_\_
EQUIPO DEL PACIENTE y/o PERSONAL DE LA ESCUELA O REPRESENTANTE:
DIRECCIÓN Y/O NÚMERO DE FAX DEL DESTINATARIO (REQUERIDO) Debra O'Brien (School Physician)/ Gail Canning( School Nurse)/ Christina Emrich ( ATC)

La información de salud descrita a continuación se está dando a conocer por el siguiente motivo:
Para evaluar la capacidad del paciente para participar en actividades deportivas y para uso de la escuela y los equipos relacionados.

Información a revelarse:
Los resultados de todos los chequeos cardíacos, todos los chequeos iniciales de contusiones y todas las pruebas de contusiones posteriores a una lesión del paciente mencionado arriba; qué chequeos y/o pruebas fueron realizadas, o enviadas al Centro MJM, y/o realizadas por o enviadas a Barnabas Health, durante cualquier fecha antes o después de firmar este documento.

Esta autorización vencerá en cuatro (4) años a partir de la fecha de mi firma abajo, a menos que yo especifique que esta autorización terminará en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito al Director del Centro MJM. Entiendo que esta revocación no tendrá efecto en la medida que Barnabas Health y el Centro MJM ya haya revelado mi información basada en esta autorización.

Entiendo que esta revelación de mi información de salud es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar este documento para poder recibir tratamiento, pagar por el tratamiento, para la inscripción o para llenar los requisitos para beneficios de salud, pero entiendo que en algunos casos es posible que mi escuela no pague por las pruebas realizadas por el Centro MJM a menos que yo revele los resultados a la escuela. Entiendo que una vez mi información se ha dado a conocer a la escuela o al equipo mencionado arriba, es posible que las leyes de privacidad del prestador de servicios de salud ya no se apliquen, y cualquier revelación de información lleva consigo el potencial para una subsiguiente revelación no autorizada por el destinatario. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud bajo este documento, puedo comunicarme con el director del Centro MJM.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Si el representante legal (ej., padre de familia o tutor de un menor) firma abajo, por favor indique el parentesco y la autoridad para firmar en nombre del paciente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL/PADRE DE FAMILIA/TUTOR:
ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA:
PARENTESCO DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:
SE LE DEBE DAR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN AL PACIENTE (O AL REPRESENTANTE DE LOS MENORES DE EDAD)