



211 Bev Anderson Dr. • Darlington, WI 53530 • (608)776-4466

Consentimiento para atención médica

Nombre del estudiante: _____ M.I. _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Fecha de visita: _____

Gracias por elegir Lafayette Hospital + Clinics. Este Consentimiento para atención médica explica sus responsabilidades y proporciona su consentimiento para que proporcionemos tratamiento.

Consentimiento para tratar

- Doy mi consentimiento para el diagnóstico, la atención médica y el tratamiento que ha sido o puede ser ordenado por un profesional de la salud con licencia.
- Entiendo que todos los profesionales de la salud con licencia son responsables de sus propios actos, órdenes y omisiones.
- Entiendo que no se pueden garantizar los resultados de un examen o tratamiento en particular y existen riesgos de atención médica que pueden incluir lesiones o muerte.

Resultados del tratamiento

Entiendo que la atención, las pruebas y los tratamientos pueden tener riesgos. Estos riesgos pueden provocar lesiones o incluso la muerte. Entiendo que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados del diagnóstico, tratamientos, pruebas o exámenes.

Aviso de no discriminación

Este hospital no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, orientación sexual o edad en la admisión, el tratamiento o la participación en sus programas, servicios, actividades o empleo.

Consentimiento

- He leído este consentimiento para el tratamiento y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción.
- Estoy de acuerdo en que la información que le di sobre mí es correcta, incluyendo mi nombre, dirección, ciudad, estado, código postal, números de teléfono, correo electrónico, historial médico y toda otra información.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor (versión impresa): _____

Firma del tutor (si el paciente es menor de 18 años): _____

Relación con el paciente: _____ Fecha: _____

PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA	Sí	No
11. ¿Alguno de los miembros de su familia o pariente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente automovilístico inexplicables)?		
12. ¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la miocardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?		
13. ¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?		
PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES	Sí	No
14. ¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?		
15. ¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?		
PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS	Sí	No
16. ¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?		
19. ¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		

PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)	Sí	No
20. ¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?		
22. ¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?		
23. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?		
24. ¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?		
25. ¿Le preocupa su peso?		
26. ¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?		
27. ¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?		
ÚNICAMENTE MUJERES	Sí	No
29. ¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?		
30. ¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?		

Proporcione una explicación aquí para las preguntas en las que contestó "Sí".

Por la presente declaro que, según mis conocimientos, mis respuestas a las preguntas de este formulario están completas y son correctas.

Firma del atleta: _____

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

■ PREPARTICIPATION 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, e-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-enhancing supplement?
 - 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 (Q4–Q13 of History Form).

EXAMINATION		
Height: _____	Weight: _____	
BP: _____ / _____ (_____ / _____)	Pulse: _____	Vision: R 20/ _____ L 20/ _____ Corrected: ☐ Y ☐ N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)		
Eyes, ears, nose, and throat - Pupils equal - Hearing		
Lymph nodes		
Heart ^a Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and $\pm$ Valsalva maneuver)		
Lungs		
Abdomen		
Skin Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis		
Neurological		
MUSCULOSKELETAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Neck		
Back		
Shoulder and arm		
Elbow and forearm		
Wrist, hand, and fingers		
Hip and thigh		
Knee		
Leg and ankle		
Foot and toes		
Functional Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test		

^a Consider electrocardiography (ECG), echocardiography, referral to a cardiologist for abnormal cardiac history or examination findings, or a combination of those.

Name of health care professional (print or type): Lafayette Hospital + Clinics Date: _____

Address: 211 Bev Anderson Dr., Darlington, WI 53530 Phone: (608)776-4497

Signature of health care professional: _____, MD, DO, NP, or PA

■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

MEDICAL ELIGIBILITY FORM – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Asociación Atlética Inter-escolar de Wisconsin – Tarjeta de Permiso Atlético

(Escriba en Imprenta)

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE PARTICIPAN EN DEPORTES INTERESCOLARES DEBEN TENER ESTA TARJETA EN ARCHIVO EN SU ESCUELA ANTES DE PRACTICAR O PARTICIPAR

El examen físico tomado 01 de abril ya partir de entonces es válida para los dos años escolares siguientes; examen físico recibido antes del 1 de abril es válida sólo para el resto de ese año escolar y el siguiente año escolar.

Apellido _____ Nombre _____ (inicial del segundo nombre) _____ Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo asignado al nacimiento (F, M o intersexual) _____ Grado _____ Escuela _____ Ciudad _____

Dirección _____ Teléfono _____

☐ Medically eligible for all sports without restriction

☐ Medically eligible for all sports without restriction with recommendations for further evaluation or treatment of

☐ Medically eligible for certain sports

☐ Not medically eligible pending further evaluation

☐ Not medically eligible for any sports

Recommendations: _____

I have examined the above-named student and completed the preparticipation physical evaluation. The athlete does not have apparent clinical contraindications to practice and can participate in the sport(s) as outlined on this form. A copy of the physical exam findings are 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 medical eligibility until the problem is resolved and the potential consequences are completely explained to the athlete (and parents/guardians).

Name of health care professional (Print/Type) _____

SIGNATURE OF HEALTH CARE PROFESSIONAL (MD OR DO/PA/APNP*: _____

Clinic Name Lafayette Hospital + Clinics

Address/Clinic 211 Bev Anderson Dr. City Darlington State WI Zip Code 53530

Telephone _____ Date of Examination _____

* Physicians may authorize Nurse Practitioners to stamp this card with the physician's signature or the name of **THE** clinic with which the physician is affiliated.

Lugar de Empleo de los Padres _____

Médico de la Familia _____ Dentista de la Familia _____

Nombre de Seguros Privados _____ Teléfono _____

Nombre de Asegurado Primario _____

Información de emergencia

Alergias _____

Medicamentos _____

Otra información _____

Inmunizaciones ☐ Están al día (una copia adjunta) ☐ No están al día - especifica _____

(por ejemplo, el tétanos / difteria; paperas sarampión Rubéola; hepatitis A, B; influenza; poliomielitis; neumocócica; meningocócica; varicela)

1. Yo doy mi permiso al estudiante mencionado arriba para practicar y competir y representar a la escuela en WIAA deportes interescolares aprobados, excepto en los restringidos en esta tarjeta.
2. De conformidad con los requisitos de la Portabilidad del Seguro de Salud y la Ley de Responsabilidad de 1996 y los reglamentos promulgados en virtud del mismo (colectivamente conocidos como "HIPAA"), autorizo a los proveedores de salud del estudiante arriba mencionado, incluyendo personal médico de emergencia y otros profesionales igualmente capacitados que pueden debe asistir a un evento o práctica interescolar, a revelar / intercambio de información médica esencial con respecto a la lesión y el tratamiento de este estudiante para el personal del distrito escolar apropiado tal como, pero no limitado a: director, director de Deportes, masajista deportivo, médico del equipo, Entrenador del equipo, Administrativo Asistente del director de Deportes y / u otros proveedores profesionales de atención de salud, a los efectos del tratamiento, la atención de emergencia y lesiones mantenimiento de registros.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ Fecha _____