



Consentimiento de los Padres para el Examen Físico Deportivo

Fecha: _____

Soy el padre/guardián legal de: _____
(nombre del estudiante)

Nombre de la Escuela: _____

1. Doy mi consentimiento a un proveedor de Health Ministries Clinic, Inc. para que le realicen un examen físico deportivo a mi hijo/a con el propósito de determinar si hay alguna condición médica evidente que pondría al estudiante en un riesgo mayor de lesión al participar en deportes interescolares.
2. Para ayudar en la exactitud y precisión del examen físico deportivo, doy mi consentimiento para que el proveedor de Health Ministries Clinic revise la información confidencial de salud contenida en el historial médico escrito del estudiante. La información presentada en el historial escrito del estudiante es precisa y actualizada.
3. Entiendo que este examen se limita a un examen para condiciones médicas evidentes que podrían afectar la participación deportiva interescolar. También entiendo que este examen no pretende ser un físico médico completo.
4. Entiendo que los hallazgos anormales y los exámenes físicos fallidos deben tener un seguimiento por el proveedor de atención primaria (PCP) de mi estudiante.
5. Yo libero a Health Ministries Clinic, Inc., sus proveedores, y sus empleados de cualquier y toda responsabilidad que resulte de la realización de este examen físico.
6. Entiendo la póliza arriba y he dado la información correcta.

Firma del Padre/Guardián Legal: _____

Nombre Deletreado: _____

Número de Contacto: _____