

**EXHIBICIÓN B**  
**a**  
**Entrenador/a Atlético/a Acuerdo de Servicios**  
**AUTORIZACIÓN PARA LIBRAR INFORMACIÓN DE SALUD**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Yo con la presente autorizo al Faith Regional Servicios de Salud (el "Hospital") a revelar al Distrito Escolar entrenadores atléticos y/o otros oficiales del Distrito Escolar mi información de salud protegida creado o obtenido por el Hospital en el curso de conduciendo una clínica de lesión y servicios de entrenamiento atlético. Esta revelación se hace a mi pedido.

**El Hospital puede revelar cualquier y toda información lo cual ha creado o obtenido acerca de mi cuidado en tal clinica de lesión o por medio de servicios de entrenamiento atlético.**

***Yo entiendo y reconozco que:***

1. Yo puedo rechazar esta Autorización a cualquier hora por medio de dando revocación por escrito al Hospital en la siguiente domicilio: Faith Regional Health Services, 1500 Koenigstein Avenue, Norfolk, Nebraska 68701. Mi revocación no es efectiva como para revelaciones ya hechas y acciones ya tomadas en respeto a esta Autorización.
2. El Hospital NO puede acondicionar el tratamiento, matriculación o eligibilidad para beneficios en si yo firme esta Autorización.
3. Yo estoy autorizando revelación de información protegida bajo la ley federal. Esta información, una vez revelada, pueda ser sujeto a revelación de nuevo por el recipiente y ya no protegida por ley estatal y federal.
4. Esta Autorización es efectiva por ~~12 months~~ despues de la fecha que se firmo.

Una fotocopia y reproducción exacta de esta Autorización va a tener la misma fuerza y efecto como la original.

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardian

**EXHIBICIÓN A**  
**a**  
**Entrenador/a Atlético//a Acuerdo de Servicios**

[Este document se puede incluir con un consentimiento del Distrito Escolar para participar en document átlético]

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Yo con la presente autorizo entrenadores átléticos certificados actuando por parte del Faith Regional Servicios de Salud evaluar y tratar cualquier lesión que ocurra como un resultado de mi participación en átléticos en el Distrito Escolar. Esto incluye todo cuidado razonable y preventivo necesario y rehabilitación para estas lesiones.

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Guardian

**Noticia de Prácticas de Privacidad**

Yo con la presente reconozco recibo del Faith Regional Servicios de Salud Noticia de Práctica de Privacidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre Padre/Guardian (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Madre/Guardian