

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 clínica 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 atlético]

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo con la presente autorizo entrenadores atléticos certificados actuando por parte del Faith Regional Servicios de Salud evaluar y tratar cualquier lesión que ocurra como un resultado de mi participación en atléticos 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