

### Lista de verificación para exámenes físicos escolares

- Formulario de historia completado y firmado
- Formulario de Consentimiento para la Inmunización completado y firmado
- Condiciones de Admisión y Autorización completadas y firmadas
- Copia de la tarjeta de seguro
- Niñas - no usen corpiños deportivo para revisar la escoliosis

Al final de cada examen físico, el estudiante recibirá un "Formulario de Elegibilidad Médica" y un formulario "Físico". Debido a HIPAA, el padre decide qué información se compartirá con las escuelas más allá del formulario de elegibilidad. Alentamos encarecidamente a los padres a compartir toda la forma física con la escuela en interés de la salud de su hijo. Particularmente si su hijo tiene problemas de salud que la enfermera de la escuela y /o entrenadores deben tener en cuenta.

## ■ EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN

### FORMULARIO DE HISTORIAL CLÍNICO

Nota: Complete y firme este formulario (con la supervisión de sus padres si es menor de 18 años) antes de acudir a su cita.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del examen médico: \_\_\_\_\_ Deporte(s): \_\_\_\_\_

Sexo que se le asignó al nacer (F, M o intersexual): \_\_\_\_\_ ¿Con cuál género se identifica? (F, M u otro): \_\_\_\_\_

Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido. \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previas. \_\_\_\_\_

Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume. \_\_\_\_\_

¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medicamento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos). \_\_\_\_\_

#### Cuestionario sobre la salud del paciente versión 4 (PHQ-4)

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de los siguientes problemas de salud? (Encierre en un círculo la respuesta)

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se siente nervioso, ansioso o inquieto	0	1	2	3
No es capaz de detener o controlar la preocupación	0	1	2	3
Siente poco interés o satisfacción por hacer cosas	0	1	2	3
Se siente triste, deprimido o desesperado	0	1	2	3

(Una suma  $\geq 3$  se considera positiva en cualquiera de las subescalas, [preguntas 1 y 2 o preguntas 3 y 4] a fin de obtener un diagnóstico).

PREGUNTAS GENERALES (Dé una explicación para las preguntas en las que contestó "Sí", en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).		
	Sí	No
1. ¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?		
2. ¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?		
3. ¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?		
PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR		
	Sí	No
4. ¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?		

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD CARDIOVASCULAR (CONTINUACIÓN)		
	Sí	No
5. ¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?		
6. ¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitentemente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?		
7. ¿Alguna vez un médico le dijo que tiene problemas cardíacos?		
8. ¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?		
10. ¿Alguna vez tuvo convulsiones?		

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 inexplicable)?		
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: <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
MEDICAL	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS
Appearance <ul style="list-style-type: none"> <li>Marfan stigmata (kyphoscoliosis, high-arched palate, pectus excavatum, arachnodactyly, hyperlaxity, myopia, mitral valve prolapse [MVP], and aortic insufficiency)</li> </ul>		
Eyes, ears, nose, and throat <ul style="list-style-type: none"> <li>Pupils equal</li> <li>Hearing</li> </ul>		
Lymph nodes		
Heart* <ul style="list-style-type: none"> <li>Murmurs (auscultation standing, auscultation supine, and ± Valsalva maneuver)</li> </ul>		
Lungs		
Abdomen		
Skin <ul style="list-style-type: none"> <li>Herpes simplex virus (HSV), lesions suggestive of methicillin-resistant <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA), or tinea corporis</li> </ul>		
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 <ul style="list-style-type: none"> <li>Double-leg squat test, single-leg squat test, and box drop or step drop test</li> </ul>		

\* 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): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

© 2019 American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Sports Medicine, American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society for Sports Medicine, and American Osteopathic Academy of Sports Medicine. Permission is granted to reprint for noncommercial, educational purposes with acknowledgment.

I hereby give permission for the release of the attached student medical history and the results of the actual physical examination to the school for the purposes of participation in athletics and activities.

Parent or Legal Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



## ■ PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION

### MEDICAL ELIGIBILITY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

- 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 student named on this form 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 examination 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 or guardians).

Name of health care professional (print or type): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

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

### SHARED EMERGENCY INFORMATION

Allergies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Other information: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emergency contacts: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA INMUNIZACIÓN

Por favor llene este formulario si un padre/tutor no asistirá a la cita física escolar de su hijo y desea que su hijo reciba vacunas.

<b>9-12 años</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• HPV (2 dosis)</li><li>• Meningococo ACWY</li><li>• Tdap</li></ul>	<b>13-15 años</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meningococo ACWY(si no vacunado previo)</li></ul>	<b>16-18 años</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Meningococo B</li><li>• Meningococo booster</li></ul>
--	---	---

*\*Los niños sin seguro pueden recibir inmunizaciones a través del programa Vaccine for Children en nuestras instalaciones.*

**Gardasil** es más eficaz en la prevención del virus del **papiloma humano (VPH)**, que puede causar cánceres tanto en niños como en niñas.

- Recomendado para adolescentes de 9 a 14 años. Esto incluye 2 dosis dadas con 6-12 meses de diferencia.
- Los adolescentes de 15 años o más recibirán una serie de 3 dosis con la 2ª dosis administrada 1-2 meses después de la 1ª y el 3ª hace dado 6 meses después de la 1ª

**Menveo** Hay 5 grupos de **meningitis** prevenibles por vacunación. Menveo cubre 4 de esos grupos (A, C, W, Y).

- Recomendado para adolescentes de 11 a 18 años. Esto incluye 2 dosis con el 1ª dado a los 11-12 años de edad y un disparo de refuerzo a los 16 años de edad.

**Bexsero** Esta inmunización abarca el 5º grupo de **meningitis-B**, que no se incluyó en la vacuna de Menveo.

- Recomendado para adolescentes de 16 a 23 años. Esto incluye una serie de 2 dosis, con tomas de 1 mes de diferencia.

**Boostrix** Esta inmunización cubre **tétanos, difteria y tos ferina (Tdap)**.

- Recomendado para adolescentes de 10 años o más.
- Necesita ser actualizado cada 10 años.

Es su responsabilidad saber si su seguro cubre estas vacunas, por favor llame al número en la parte posterior de su tarjeta para verificar antes de recibir el disparo.

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimineto: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo a recibir las siguientes vacunas:

1. Gardasil (VPH)
2. Menveo (Acwy meningocócico)
3. Bexsero (Meningococo B)
4. Boostrix (Tdap)

Nombre de padre/ guardián \_\_\_\_\_

Número en que podamos localizar el día de la cita con cualquier pregunta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha/ firma del padre/tutor

## CONDICIONES DE ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

### Franciscan Healthcare

**Consentimiento Médico:** Por la presente reconozco que tengo (o, si firmo en nombre del paciente, el paciente tiene) una condición que requiere tratamiento médico, por la presente consiente voluntariamente dicha atención que abarca procedimientos diagnósticos rutinarios y tratamiento médico por parte de Franciscan Healthcare, mi practicante de tratamiento, sus asistentes, o sus designados, incluyendo personal del hospital y proveedores de telemedicina, como se determina necesario en su juicio. Este consentimiento está diseñado para cubrir todos los procedimientos en el hospital o clínica que no requieren un formulario de consentimiento específico. A los efectos de múltiples visitas a la clínica, tengo la intención de que este consentimiento y acuerdo permanezcan efectivos durante un (1) año. Entiendo que tengo (o el paciente tiene) el derecho de rechazar el tratamiento y que mi firma a continuación no es un consentimiento para ningún procedimiento no rutinario o No de emergencia. El practicante tratante y/o un miembro del personal de enfermería pueden pedirme que firme un formulario que consienta procedimientos médicos o quirúrgicos especiales. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Franciscan Healthcare. Franciscan Healthcare anima a los pacientes a insistir en cualquier información adicional necesaria para tomar una decisión informada de consentir o rechazar el tratamiento. Reconozco que algunos médicos y algunos otros profesionales que me prestan servicios son profesionales privados, y no son empleados o agentes de Franciscan Healthcare, y mi consentimiento y acuerdo aquí se aplica a todos esos servicios prestados en Franciscan Healthcare.

**Aviso del Proveedor Médico en el Lugar:** Franciscan Healthcare no tiene un médico presente en el hospital las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En el caso de que esté ingresado como paciente hospitalizado, de observación o de cirugía ambulatoria, tenga en cuenta que Franciscan Healthcare tiene disponible de guardia a un médico o a un proveedor de práctica avanzada que atiende al hospital para satisfacer sus necesidades médicas. Aunque estos proveedores médicos no están internos todo el tiempo, están disponibles para satisfacer sus necesidades de atención médica de acuerdo con las regulaciones federales.

**Atención Continua/ Clínica Ambulatoria:** En algunos casos, el tratamiento adecuado de una condición médica requiere tratamiento en el transcurso de repetidas visitas a la clínica o ambulatoria. En tales casos, las solicitudes, consentimiento y acuerdos contenidos en este documento son válidos y se aplicarán a todas las visitas repetidas y al tratamiento y diagnóstico continuos para la misma condición, excepto para las elecciones relacionadas con el intercambio electrónico de información de salud, que seguirán siendo válidos a menos y hasta que cambie mi designación de la manera descrita a continuación.

**Consentimiento para la Divulgación de Información Médica:** El hospital, clínica, médicos y otros profesionales de la salud involucrados en mi atención médica pueden divulgar mi información médica necesaria para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. La información de atención médica puede ser divulgada a cualquier persona o entidad responsable del pago en mi nombre con el fin de verificar la cobertura o las preguntas de pago o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede ser divulgada al designado de mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con una reclamación bajo Compensación del Trabajador. Las revelaciones descritas en esta sección se harán de acuerdo con la ley estatal y federal y el Aviso de Franciscan Healthcare de prácticas de privacidad.

**Acuerdo Financiero:** Acepto pagar de forma pronta y completa todos los cargos por los servicios y suministros proporcionados por Franciscan Healthcare, médicos y otros que prestan servicios de acuerdo con sus tarifas y términos regulares. Por la presente, personalmente obligo al paciente, y también personalmente me obligo a firmar como paciente, cónyuge del paciente, padre de un paciente menor de edad, o tutor legal de un paciente, por el pago de todos estos cargos a las tarifas regulares en la medida en que no esté cubierto por el seguro, y acepto pagar cualquier cargo que, por cualquier razón, no se pague con prontitud por seguro. Acepto, sujeto a la ley estatal o federal, pagar todos los costos, honorarios razonables de abogados, gastos, cargos e intereses morosos, en caso de que Franciscan Healthcare tenga que tomar medidas para cobrar lo mismo debido a mi falta de pago en su totalidad. Autorizo a Franciscan Healthcare a obtener uno o más informes de crédito sobre el paciente y/o yo. Entiendo que es mi responsabilidad obtener las aprobaciones previas requeridas por una aseguradora, y tomar todas las demás medidas para calificar para la cobertura de seguro; Determinaré si mi aseguradora requiere precertificación antes de recibir servicios de Franciscan Healthcare. Ninguna prórroga o indulgencia, ningún intento de obtener el pago de un seguro u otras fuentes y ningún retraso o falta de diligencia en el cobro de dichos cargos renunciará o liberará las obligaciones financieras personales en virtud del presente.

**Asignación de Beneficios de Seguro:** Certifico que la información dada por mí es correcta. Por la presente asigno a Franciscan Healthcare, para los servicios prestados por Franciscan Healthcare y sus empleados u otras personas que trabajan bajo contrato o acuerdo con Franciscan Healthcare, toda la cobertura u otros beneficios bajo cualquier póliza, plan o programa de seguro gubernamental o privado. Ordeno que todos estos beneficios se paguen directamente a Franciscan Healthcare. Para los médicos privados que facturan por separado de Franciscan Healthcare, asigno cobertura y beneficios, y pago directo por sus servicios que se me proporcionan, a dichos médicos. Cualquier saldo de crédito resultante del pago de beneficios u otras fuentes puede aplicarse a cualquier otra cuenta adeudada por mí o a la suscrita a Franciscan Healthcare. Esta asignación incluye específicamente, pero no se limita a, todos los beneficios para todos los seguros médicos y de hospitalización; seguro de accidentes; seguro de discapacidad o pérdida de tiempo; Medicare, Medicaid y CHAMPUS; beneficios pagaderos por sistemas de entrega alternativos como HMO y PPOs o derivados de las reclamaciones por enfermedad de compensación u ocupación de los trabajadores; y procede a lo que soy, o mi patrimonio tiene derecho debido a cualquier juicio, acuerdo u otra reclamación o causa de acción por daños y perjuicios si fui o estoy lesionado. Esta asignación no puede ser revocada en cuanto a los servicios prestados durante esta hospitalización o curso de diagnóstico y tratamiento. También entiendo que soy responsable de cualquier cantidad no cubierta o pagada por mis beneficios de seguro.

**Reconocimiento de los Derechos y Responsabilidades del Paciente:** Se me dio u ofreció información sobre los derechos y responsabilidades de los pacientes.

**Consentimiento para Telemedicina:** Por la presente consiente el uso de servicios de telemedicina ordenados por mi médico asistente o practicante de tratamiento. Entiendo que el proveedor de consultoría estará en un lugar diferente de mí. Puedo rechazar los servicios de telemedicina en cualquier momento sin afectar o quitar mi derecho a la atención/tratamiento futuro, o cualquier beneficio del programa al que de otro modo tendría derecho. Si rechazo el servicio de telemedicina, se discutirán alternativas que incluyen, entre otras, la transferencia a otra instalación. El personal de Franciscan Healthcare utilizará video en tiempo real para transmitir o compartir con el proveedor de telemedicina los detalles necesarios de mi historia clínica, exámenes, radiografías, pruebas, fotografías u otras imágenes. Ni el vídeo ni el audio se grabarán durante la consulta. No se realizará ninguna difusión de imágenes o información identificable por parte del paciente de la consulta de telemedicina a investigadores u otras entidades sin mi consentimiento por escrito. Las mismas protecciones de confidencialidad que se aplican a mi otra atención médica también se aplican al servicio de telemedicina.

Tengo todos los derechos de acceso a la información médica resultante de la consulta de telemedicina según lo dispuesto por la ley.

**Autorización de Comunicaciones de Franciscan Healthcare:** Consiento comunicarme por parte de Franciscan Healthcare (o su cesionario) por correo ordinario, por correo electrónico, texto o por teléfono (incluyendo un teléfono celular/número de teléfono móvil) con respecto a cualquier asunto relacionado con mi(s) cuenta(s). Esto incluye contacto con el propósito de programación, educación, telemarketing, cobro de deudas, encuestas de satisfacción u otros propósitos. Consiente que Franciscan Healthcare utilice tecnología, incluida la tecnología automatizada, como la marcación automática o los mensajes pregrabado, para ponerse en contacto conmigo en la dirección, dirección de correo electrónico o número de teléfono, incluido cualquier teléfono celular/número de teléfono móvil, que haya proporcionado, o cualquier información de contacto actualizada o adicional que proporcione más adelante. Si suspendo el uso de cualquier número de teléfono celular proporcionado, notificaré de inmediato a Franciscan Healthcare. Por la presente indemo a Franciscan Healthcare y a sus agentes y contratistas independientes de cualquier gasto u otra pérdida derivada de cualquier falta de notificación.

**Consentimiento para la Grabación de Imágenes y Audio:** Acepto que se puedan realizar imágenes médicas, fotografías, grabaciones de audio y grabaciones digitales o de vídeo mientras recibo atención en Franciscan Healthcare. Entiendo que las imágenes y el audio de dicha fotografía y grabación pueden ser utilizados para mi tratamiento y estas imágenes y grabaciones pasarán a formar parte de mi información médica sujeta a usos y divulgaciones como se describe en el Aviso de Prácticas de Privacidad.

**Preservación del Tejido:** Por la presente autorizo a Franciscan Healthcare a conservar, preservar y usar con fines científicos o didácticos o disponer a su conveniencia, cualquier espécimen o tejido extraído de mí (o del paciente) cuerpo durante cualquier procedimiento hospitalario/clínico.

**Nebraska Health Information Initiative (NEHII) y CommonWell:** Franciscan Healthcare participa en NeHII (en todo el estado) y CommonWell (en todo el país), que fueron desarrollados para compartir información para que los proveedores de atención médica participantes puedan ver rápidamente mi información de salud al cuidarme. Al firmar a continuación, reconozco que se me ha ofrecido educación sobre NeHII y CommonWell, y entiendo que la información del paciente se incluirá en NeHII y CommonWell a menos que decida optar por no participar.

**Directorio del Paciente:** Entiendo que a menos que me oponga, mi nombre y ubicación dentro del hospital se incluirán en el directorio del paciente, y esta información se dará a aquellos que me pidan por mi nombre. Si me opongo a la inclusión en el directorio del paciente, los visitantes que me pidan por mi nombre serán informados de que no hay nadie con ese nombre en el directorio del paciente, y las llamadas, flores y correo no se me entregarán. Entiendo que puedo notificar al personal del hospital mi objeción a la inclusión en el directorio en cualquier momento durante mi hospitalización.

**Objetos de Valor Personal:** Franciscan Healthcare mantiene una caja fuerte para el almacenamiento de dinero y objetos de valor; y Franciscan Healthcare no será responsable de la pérdida o daño a ninguna propiedad personal a menos que sea depositada en Franciscan Healthcare para su custodia.

**Instrucciones Anticipadas para el Cuidado de la Salud:** Entiendo que puedo indicar por escrito, mediante una Directiva Anticipada (es decir, Testamento Vital o Poder Duradero de Abogado para la Atención Médica), mi deseo de recibir, seleccionar y/o definir tratamiento médico o quirúrgico o elegir tratamiento o no tratamiento. Si mis Directivas Anticipadas se proporcionan a Franciscan Healthcare, se colocará una copia con mis registros médicos, y Franciscan Healthcare reconocerá dichas instrucciones de conformidad con las políticas de Franciscan Healthcare.

**Solo para pacientes de Medicare - Asignación y Certificación:** Solicito el pago de beneficios autorizados de Medicare en mi nombre por cualquier servicio que me haya proporcionado en Franciscan Healthcare. Autorizo a cualquier titular de información médica u otra información sobre mí para divulgar a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para los servicios relacionados. Certifico que la información que he proporcionado a Franciscan Healthcare es verdadera, precisa y completa.

**Medigap Patients Only - Asignación de beneficios de Medigap:** Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medigap se realice en mi nombre a Franciscan Healthcare por cualquier servicio que me haya proporcionado. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a divulgar a mi aseguradora Medigap cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por los servicios relacionados. Hasta que se revoque, esta autorización se aplica a todas las ocasiones de servicio. Esta asignación es específica sobre la información de seguro suplementario proporcionada durante el registro (ver copia escaneada de la tarjeta de seguro para el número de póliza).

**EL SUSCRITO CERTIFICA QUE EL/ELLA HA LEÍDOO HA TENIDO QUE LEER LO ANTERIOR, SE LE OFRECIÓ UNA COPIA DE LOS MISMOS, Y ES EL PACIENTE, EL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE, O UNO DEBIDAMENTE AUTORIZADO POR EL PACIENTE COMO AGENTE DEL PACIENTE PARA FIRMAR Y ACEPTAR ESTE DOCUMENTO. AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CERTIFICO QUE ESTAS "CONDICIONES DE ADMISIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO" ME HAN SIDO PLENAMENTE EXPLICADAS, Y CERTIFICO QUE ENTIENDO SU CONTENIDO.**

---

Nombre del Paciente (Imprimir)

---

Firma del Paciente/Guardian Legal/Representante Autorizado

---

Fecha

---

Relación con el Paciente (si no es el Paciente)

---

Comentarios