

McAllen Family Medicine Residency Clinic
An outpatient clinic of STHS McAllen

205 E. Toronto Ave.
McAllen, Texas 78503
Phone: (956) 687-6155
Fax: (956) 994-9820



Evaluación física previa a la participación de STHS

Yo, _____(padre/guardian), por este medio doy mi permiso para South Texas Health System, realizar una evaluación física previa a la participación atletismo/banda. Se entiende por el suscrito que los resultados de esta evaluación son solo para atletismo/participación en la banda y no debe sustituir una evaluación física de rutina con su médico de cabecera o proveedor médico. En aceptar esta evaluación física previa a la participación, el firmante abajo renuncia a cualquier reclamo en contra South Texas Health System, McAllen Family Medicine Residency Clinic, médicos residents, medicos, y todos los empleados asociados, conectado de cualquier manera o que surjan de los servicios restados en relación con los mismos.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Se entiende que los resultados de la evaluación física, se compartirán con el personal apropiado del Distrito Escolar Independiente de McAllen para determinar la elegibilidad atlética/Banda. Por lo presente autorizo el uso o divulgación de la persona nombrada para la evaluación previa a la participación como se describe arriba para Distrito Escolar Independiente de McAllen.

FIRMA (Padre/Guardián) _____ FECHA _____

NOMBRE DE PACIENTE _____ SEXO LEGAL _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD/ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

DISTRITO ESCOLAR: McAllen Independent School District ESCUELA: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA:

NOMBRE: _____ RELACIÓN: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ NÚMERO CELULAR: _____