



**AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION DE SALUD – ATLETA ESTUDIANTE**

Nombre del estudiante (Primer, Segundo y Apellido)  menor emancipado Fecha de Nacimiento

Dirección Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono de los padres

Nombre de la escuela atendida por el estudiante Fecha anticipada de graduación (mes/año)

**AUTORIZA A:** Entrenadores Atlético Licenciados, Fisioterapeutas de Bellin Health y  
Especialistas Certificados en la Fuerza y Acondicionamiento  
1630 Commanche Avenue  
Green Bay, WI 54313

**PARA DIVULGAR:** Información concerniente a mi salud que impacta mi habilidad de participar en deportes o actividades de salón de clase. Esto puede incluir información sobre lesiones (tales como pero no limitadas a esguinces, torceduras o concusiones), cirugías (tales como pero no limitadas a reconstrucción de Ligamento Anterior Cruzado, reparación del mango rotador del hombro), resultados de pruebas (tales como pero no limitadas a Imágenes de Resonancia Magnética o resultados de pruebas ImPACT), o condiciones médicas (tales como pero no limitadas a asma).

**A:** Los oficiales de la escuela que atiendo. Esto debe incluir personal de entrenamiento, directores atléticos y facultad educacional (incluyendo administradores de la escuela) quienes hacen parte de mi regreso a la progresión académica normal o actividades deportivas.

**EL PROPOSITO DE LA DIVULGACION DE ESTA INFORMACION ES:**

- Informar al personal de entrenamiento y/o de facultad educacional de mis limitaciones y habilidades relacionadas a mi salud para continuar participando en eventos deportivos, educación física y actividades de salón de clases.
- Brindar información al personal de entrenamiento y/o de facultad educacional sobre como ayudarme a participar de forma segura en eventos deportivos, educación física y el ambiente académico.

**INFORMACION DIVULGADA PARA CUIDADO CONTINUO:** Yo autorizo la divulgación de mi información médica para un cuidado médico continuo, de acuerdo con las leyes federales de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

**FECHA DE EXPIRACION DE ESTE CONSENTIMIENTO:** Si no se revocó previamente, esta autorización se expirará el 1 de Septiembre del año académico posterior, o después de la graduación o salida del sistema escolar, lo que ocurra primero.

He tenido la oportunidad de repasar y entender el contenido de este formato de consentimiento de dos lados. Al firmar este formato, yo entiendo y estoy de acuerdo con el contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma de persona legalmente autorizada (fecha/hora)  
para firmar por el estudiante menor de edad, o firma del  
estudiante si tiene 18 años de edad o mayor

Si es otra persona, indique la relación:

- Padre/Madre Custodio
- Guardián asignado por corte
- Agente de Cuidado de Salud
- Representante personal

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de quien firma

He recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Bellin Health. \_\_\_\_\_  
Iniciale



CORAUT

**REDIVULGACION:** Yo entiendo que la Facultad de la Escuela y/o Personal de Entrenamiento no son proveedores de cuidado de salud y no tienen que seguir los estándares de privacidad federales. La información de salud divulgada como resultado de esta autorización puede que ya no está protegida por los estándares de privacidad federal y mi información de salud puede ser a su vez divulgada sin necesidad de obtener mi autorización

**SUS DERECHOS CON RESPECTO A ESTA AUTORIZACION:**

- **Derecho a recibir copia de esta autorización:** Si estoy de acuerdo en firmar esta autorización, se me debe dar una copia firmada del formulario.
- **Derecho a rehusar el firmar esta autorización:** Yo entiendo que no tengo obligación de firmar este formulario. Si elijo no firmar este formato, esto podrá limitar mi habilidad de participar en deportes debido a que el personal de entrenamiento necesita saber de los problemas de salud del estudiante que tienen impacto en la participación del estudiante en eventos atléticos.
- **Derecho a desistir esta autorización:** Yo entiendo que es necesaria una notificación escrita para cancelar esta autorización. Para obtener información de cómo cancelar mi autorización o de como recibir una copia de mi desistimiento, yo debo contactar a Bellin Health en la dirección administrada anteriormente. Yo tengo en cuenta que si cancelo esta autorización, esto no afectará las divulgaciones de mi información que ya hubiese ocurrido una vez que había dado mi autorización.

Una Fotocopia o copia del Fax es tan válida como el original.

**Nota para el estudiante y para el recipiente de información:** Esta información divulgada es protegida bajo una Ley Federal titulada Estándares para la Privacidad de Información de Salud Individualmente Identificable 45 CFR Partes 160 & 164 y por el estatuto de Wisconsin 146.82 y 146.83. Regulaciones Federales le prohíben hacer más divulgaciones de esta información sin un consentimiento escrito específico de la persona a quien pertenece o de otra manera permitida por dichas regulaciones. Una autorización general para la divulgación de información médica u otra información no es suficiente para este propósito.



**HEALTH INFORMATION DISCLOSURE AUTHORIZATION – STUDENT ATHLETE**

Full Student Name (First, Middle, and Last)  emancipated minor

Date of Birth

Address

City, State, Zip

Parent's Phone Number

Name of School attended by Student

Anticipated Date of Graduation (month/year)

**AUTHORIZES:** Bellin Health Licensed Athletic Trainers, Physical Therapists, and Certified Strength and Conditioning Specialists  
1630 Commanche Avenue  
Green Bay, WI 54313

**TO RELEASE:** Information concerning my health that impacts my ability to participate in sports or classroom activities. This may include information about injuries (such as, but not limited to, sprains, strains, or concussions), surgeries (such as, but not limited to, ACL reconstruction, rotator cuff repair), test results (such as, but not limited to, MRI or ImPACT results), or medical conditions (such as, but not limited to, asthma).

**TO:** Officials of the school I attend. This would include all coaching staff, athletic directors, and educational faculty (including school administrators) who are involved in my return to normal academic progression or sporting activities.

**THE PURPOSE OF THE RELEASE OF THIS INFORMATION IS:**

- To inform the coaching staff and/or educational faculty of my health-related limitations and abilities to continue to participate in sporting events, physical education, and classroom activities.
- To provide the coaching staff and/or educational faculty with information on how to help me safely participate in sporting events, physical education, and the academic environment.

**INFORMATION RELEASE FOR CONTINUED CARE:** I authorize the release of my medical information for continued medical care, in accordance with federal HIPAA laws.

**EXPIRATION DATE OF THIS AUTHORIZATION:** If not previously revoked, this authorization will expire on September 1 of the subsequent academic year, or upon graduation or departure from the school system, whichever occurs first.

I have had an opportunity to review and understand the content of this two-sided authorization form. By signing this form, I understand and agree with the content.

Signature of person legally authorized (date/time) to sign for minor student, or signature of the student if his/her age is 18 or greater

If other, indicate relationship:

- Custodial Parent
- Court Appointed Guardian
- Health Care Agent
- Personal Representative

Printed name of person signing above

I have received a copy of Bellin Health's Notice of Privacy Practices.

Initials



CORAUT

**REDISCLASURE:** I understand that School Faculty and/or Coaching Staff are not health care providers, and do not have to follow federal privacy standards. The health information disclosed as a result of this authorization may no longer be protected by the federal privacy standards and my health information may be redisclosed without obtaining my authorization.

**YOUR RIGHTS WITH RESPECT TO THIS AUTHORIZATION:**

- **Right to Receive a Copy of this Authorization:** If I agree to sign this authorization, I must be provided with a signed copy of the form.
- **Right to Refuse to Sign this Authorization:** I understand that I am under no obligation to sign this form. If I chose not to sign this form, this may limit my ability to participate in sports because coaching staff need to be made aware of student health issues that impact students' participation in athletic events.
- **Right to Withdraw this Authorization:** I understand written notification is necessary to cancel this authorization. To obtain information on how to withdraw my authorization or to receive a copy of my withdrawal, I may contact Bellin Health at the address noted above. I realize that if I cancel this authorization, it will not affect disclosures of my information that have already occurred based upon my authorization.

Photocopy/fax copy is as valid as the original.

**Note to the student and recipient of information:** This disclosed information is protected under Federal Law titled Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information 45 CFR Parts 160 & 164 and by Wisconsin Statute 146.82 and 146.83. Federal regulations prohibit you from making any further disclosure of this information without specific written authorization of the person to whom it pertains or as otherwise permitted by such regulations. A general authorization for the release of medical or other information is not sufficient for this purpose.