



CESIÓN Y AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento y autorizo a que CHAS Health me trate. Si este paciente es menor de edad o no puede firmar por sí mismo, yo, como tutor legal o apoderado, doy mi consentimiento para el tratamiento de este paciente.

Entiendo y acepto que:

1. Soy financieramente responsable de todos los servicios no cubiertos, copagos, deducibles y/o coseguros.
2. Soy financieramente responsable de todos los honorarios generados por los servicios, suministros y equipos proporcionados por un proveedor externo (p.ej., análisis de laboratorio) y que el proveedor externo puede facturarme directamente dichos honorarios.
3. Los beneficios de mi seguro se ceden a CHAS Health.
4. Estos términos no son negociables. Cualquier intento de modificar estos términos será nulo y mi aceptación de los servicios de atención médica constituye mi pleno acuerdo con estos términos.
5. Yo puedo recibir atención médica a través de una conexión telefónica o de vídeo, lo que se denomina telesalud. Aunque la telesalud tiene varias ventajas, como un mayor acceso a la atención médica, existen riesgos. Yo tengo derecho a rechazar en cualquier momento el tratamiento a través de la telesalud. Los riesgos relacionados con el mal funcionamiento de los equipos o una mala conexión telefónica o de Internet pueden interrumpir o retrasar la atención médica. Podrían ser necesarias las visitas en persona. En muy raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar causando una violación de la privacidad o de la información médica personal. Sírvase consultar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHAS para más información sobre cómo protegemos los datos privados.
6. **Autorizo a CHAS Health a comunicarse conmigo en relación con mi atención médica, que puede incluir información de salud protegida, mediante el uso de mensajes de texto SMS no seguros.** Entiendo que el intercambio de correos electrónicos, textos u otras comunicaciones escritas con mi equipo de atención puede resultar en la divulgación de información de salud protegida a personas no autorizadas y que CHAS no puede controlar quién ve dicha información cuando se envía de manera no segura. Si inicio o respondo a comunicaciones utilizando vías no encriptadas, asumo el riesgo de que mi información pueda ser vista por un tercero.

Entiendo que puedo optar por no recibir mensajes de texto respondiendo 411stop en cualquier momento.

Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento para recibir mensajes de texto para recibir servicios y que puedo optar por firmar un formulario diferente que excluya este consentimiento de mensajes de texto.

Entiendo que soy responsable de cualquier costo asociado con la recepción de los mensajes de texto, incluyendo las tarifas de datos de mi proveedor de telefonía móvil.

7. Autorizo a CHAS Health a ponerse en contacto conmigo por teléfono para recordarme las citas o para hablar acerca de mi información médica protegida.

8. Si no llegase a acudir a mis citas o avisase con retraso su cancelación (a menos de 4 horas de la cita programada) tres veces en un periodo de tres meses, se me podría restringir a las consultas del mismo día o a las consultas sin cita previa.

Firmas electrónicas. Al firmar a continuación, acepto que este documento se considere firmado cuando la firma de una de las partes se realice de forma electrónica. El firmante está suscribiendo este documento electrónicamente y tiene la intención de quedar vinculado por los términos, declaraciones y consentimientos contenidos en este documento y está de acuerdo en que las firmas electrónicas se considerarán firmas originales que tienen el mismo efecto legal que las firmas originales en la mayor medida permitida por la ley aplicable, incluyendo la Ley Federal de Firmas Electrónicas en el Comercio Global y Nacional, y cualquier ley estatal similar basada en la Ley Uniforme de Transacciones Electrónicas, y las partes renuncian a cualquier objeción en contrario. El firmante reconoce que este término se incorpora al Acuerdo/Documento.

Firma del paciente o del representante autorizado

Fecha

Nombre del garante, si se firma en nombre del paciente

Relación del garante

02-24-21



Acerca de Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad

CHAS Health está comprometido con la protección de su información médica personal. En el Aviso adjunto de prácticas de privacidad se estipulan:

- Nuestras obligaciones conforme a la ley respecto a su información médica personal
- Cómo podemos usar y divulgar la información médica que guardamos sobre usted
- Sus derechos en relación con su información médica personal
- Cómo presentar una queja si considera que se han infringido (violado) sus derechos de privacidad
- Las condiciones que se aplican a los usos y a las divulgaciones que no se describen en este Aviso
- La persona que debe contactar para obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad

La ley nos exige darle una copia de este aviso y obtener su reconocimiento escrito de que ha recibido una copia de dicho aviso.

**CON MI FIRMA A CONTINUACIÓN,
RECONOZCO QUE RECIBÍ EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha

Nombre Impreso si se Firma en Nombre del Paciente

Relación (Padre, Madre, Tutor Legal,
Representante Personal, etc.)

Este formulario se guardará en su expediente médico.

**Reconocimiento del paciente de CHAS Health de recepción del Aviso de prácticas de privacidad/
CHAS Health Patient Acknowledgment of Receipt of Notice of Privacy Practices (Spanish)**

Este formulario debe colocarse en el expediente médico del atleta y no se debe compartir con las escuelas o con organizaciones deportivas. El formulario de elegibilidad médica es el único formulario que debe enviarse a una escuela u organización deportiva.

■ 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 >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 inexplicables)?		
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: _____