

## EXAMEN FÍSICO DEPORTIVO FORMULARIO DE ADMISION DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Fecha de nacimiento		Servicio Militar de EE.UU. ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> En servicio actual <input type="checkbox"/> Dado de baja		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal      Condado
Teléfono de la casa (      )	Teléfono del trabajo (      )	Teléfono celular (      )	Correo electrónico	
Estado civil ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado	Idioma primario hablado: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	Relación del paciente con la persona responsable ( <input checked="" type="checkbox"/> uno) <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza		
Genero ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
Raza ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano				
Etnicidad ( <input checked="" type="checkbox"/> uno): <input type="checkbox"/> Chicano(a) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Latino/Latina <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano Americano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino/Latina/Español <input type="checkbox"/> Más de una Etnicidad <input type="checkbox"/> Elige No Revelar ¿Es usted un trabajador migrante o miembro de la familia de un trabajador migrante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Cuánto es su ingreso anual? <input type="checkbox"/> \$0-\$15,960 <input type="checkbox"/> \$15,961-\$19,950 <input type="checkbox"/> \$19,951-\$23,940 <input type="checkbox"/> \$23,94-\$27,930 <input type="checkbox"/> \$27,931-31,920 <input type="checkbox"/> \$31,921 & UP    Cuantas personas (incluyendo usted) se mantienen de sus ingresos? _____				
Contacto en caso de emergencia		Teléfono (      )	Relación con el paciente	
INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (persona FINANCIERAMENTE responsable de su cuenta)				
Apellido		Primer nombre		Inicial segundo nombre
Dirección de la calle		Ciudad	Estado	Código postal      Condado
Teléfono de la casa (      )	Teléfono del trabajo (      )	Teléfono celular (      )	Fecha de nacimiento	
COMPAÑÍA DE SEGUROS – INCLUYENDO MEDICAID				
Seguro primario	Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento	Empleador del asegurado	
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Seguro secundario	Núm. de ID	Núm. de grupo	Dirección de la compañía de seguros	
Nombre del asegurado		Fecha de nacimiento	Empleador del asegurado	
Relación con la persona responsable: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Padre de crianza				
Cesión y divulgación: Autorizo que mis beneficios de seguros se paguen directamente a PanCare Health. También autorizo a PanCare Health a revelar cualquier información que se requiera para procesar esta reclamación.				
FIRMA: _____			FECHA: _____	

### Consentimiento para Tratamiento

Yo le doy autorización a PanCare Health, sus instalaciones y centros de tratamiento, así como a sus proveedores afiliados, dentistas, higienistas dentales, enfermeros(as) practicantes, asistentes médicos, psicólogos, trabajadores sociales y demás personal médico, a realizar exámenes y tratamientos según se consideren médicamente necesarios.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para un electrocardiograma (ECG/EKG) – examen físico deportivo

Entiendo que un electrocardiograma (ECG/EKG) es una prueba no invasiva que mide la actividad eléctrica del corazón y puede ayudar a identificar ciertas anomalías del corazón. Reconozco que, cuando dé el consentimiento, pueden hacerme un ECG/EKG como componente estándar del examen físico deportivo en PanCare of Florida, Inc., según las directrices correspondientes.

Reconozco y acepto esto:

- Doy mi consentimiento voluntario para que se haga e interprete un ECG/EKG como parte del examen físico deportivo.
- Entiendo que el ECG/EKG es solo una prueba y no es un examen o diagnóstico médico completo.
- Entiendo que los resultados normales no garantizan que no haya una enfermedad del corazón. También entiendo que los resultados anormales no necesariamente indican que tengo una condición del corazón.
- Entiendo que el ECG/EKG refleja la actividad del corazón solo en el momento en que se hace la prueba y no diagnostica todas las causas de sucesos repentinos del corazón.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza la evaluación, el diagnóstico ni el tratamiento de un proveedor de atención primaria o cardiólogo.
- Reconozco que soy responsable de buscar y obtener toda la atención de seguimiento que me recomienden.
- Entiendo que el personal de PanCare, sus contratistas y sus voluntarios pueden revelar los resultados de las pruebas a otras personas para que supervisen su participación en los deportes, y lo autorizo.
- Entiendo que PanCare of Florida, Inc., usará y revelará mi información médica según las leyes de privacidad estatales y federales correspondientes, incluyendo la HIPAA y, cuando corresponda, la FERPA.

Soy el paciente y tengo 18 años o más

Soy el padre, la madre o el tutor legal de un paciente menor y tengo la autoridad para dar consentimiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si después de ver los resultados del ECG/EKG le recomiendan un seguimiento, puede que necesite una evaluación médica adicional antes de participar en actividades deportivas.*