

Por favor lea con atención el siguiente formulario

Autorización para dar a conocer la información médica protegida para la participación en el Programa Atlético de las Escuelas Públicas de Durham

Una vez firmada, esta autorización permitirá que los médicos y profesionales médicos que presten servicios a los atletas de DPS den a conocer la información médica protegida a las Escuelas Públicas de Durham (DPS). El propósito de dar a conocer la información médica protegida es permitir que el programa atlético de DPS determine la conveniencia de la participación de un atleta en los deportes de DPS. Un ejemplo sería dar a conocer el examen físico.

Al firmar esta autorización para mi hijo/hija, o para otra persona de la que tenga autoridad legal para actuar (de aquí en adelante referida como "atleta"), por la presente, autorizo a los profesionales médicos contratados por DPS (incluyendo, pero sin limitar a, Duke University Sports Medicine Program y sus médicos y profesional médicos), a que se den a conocer entre sí y a DPS la información médica escrita y oral relacionada con la lesión, enfermedad o condición médica del atleta que pudo haber ocurrido por la participación pasada, presente y futura en deportes del programa atlético de DPS. La información médica la debería usar el programa deportivo de DPS con el propósito de determinar la conveniencia de la participación del atleta en los deportes de DPS.

La autorización está expresamente vinculada a todas las siguientes condiciones:

Esta autorización vencerá automáticamente al terminar la participación del atleta o si ya no califica para los deportes de DPS, excepto en caso de depender de las divulgaciones realizadas antes del vencimiento automático.

Esta autorización se puede revocar en cualquier momento, siempre y cuando la revocación *sea un documento escrito correctamente ejecutado y entregado al director del programa de deportes de las Escuelas Públicas de Durham*. Ni bien sea realizable, DPS informará a cada *profesional médico contratado antes de la revocación de cada atleta*. Aunque tal revocación no afectará las divulgaciones realizadas por el profesional médico antes de que éste reciba la revocación de DPS. Además, tal revocación no afectará las divulgaciones realizadas antes de recibir la revocación siempre y cuando la autorización haya dependido de tales divulgaciones realizadas antes de recibir la revocación.

Esta autorización no es con la intención de alterar la habilidad del atleta de recibir atención médica de cualquier profesional médico, independientemente de que se acuerde o rechace esta autorización.

Esta autorización cubrirá las acciones de y para Duke University, Duke University Health System, Inc. y Private Diagnostic Clinic, PLLC, y todos sus respectivos empleados, manos de obra y socios de negocios, y todos los demás médicos y profesionales médicos contratados por DPS, y sus respectivos empleados, manos de obra y socios de negocios. Comuníquese con las Escuelas Públicas de Durham para obtener una lista completa de los profesionales médicos contratados por DPS que puedan dar a conocer información médica conforme a esta autorización.

El atleta y el padre/madre/tutor recibirán una copia completa de la autorización firmada.

Duke Sports Medicine Office, las Escuelas Públicas de Durham y cualquier otro profesional médico contratado por las Escuelas Públicas de Durham guardarán una copia de esta autorización y cualquier revocación de la misma.

Esta autorización de redivulgación por parte de las Escuelas Públicas de Durham no protege la información médica protegida que el profesional médico divulgue a las Escuelas Públicas de Durham.

Fecha:

Firma de uno de los padres o tutores

Nombre de la persona relacionada con el atleta

Nombre del atleta

Please Read the Following Form Carefully

**Authorization for Release of Protected Health Information for Athletic Participating
in Durham Public Schools Athletics Program**

Once properly signed, this authorization will allow for the release of protected health information to the Durham Public Schools Systems (DPS) by physicians and health care providers (Providers) rendering services to DPS athletes. The purpose of the release of the protected health information is to allow the DPS Athletic Program to determine the advisability of an athlete's participation in DPS athletics. An example would be the release of a screening physical examination.

By signing this Authorization for my son, daughter or other person for whom I have legal authority to act (hereinafter referred to as "Athlete"), I hereby authorize health care providers (including, but not limited to, the Duke University Sports Medicine Program and its physicians and providers) that are contracted with DPS to release to each other and to the DPS oral and written medical information relating to the Athlete's medical or physical condition, illness or injury that may have a bearing upon past, present, or future participation in athletics of DPS Athletic Program. The medical information should be used by the DPS Athletic Program for the purpose of determining the advisability of the Athlete's participation in DPS athletics.

This authorization is expressly bound by all the following conditions:

This Authorization will automatically expire upon the Athlete's termination of participation or ineligibility in DPS Athletics, except to the extent relied upon for disclosures made prior to the automatic expiration.

This Authorization may be revoked at any time, provided the revocation **is a properly executed written document and delivered to the Director of Athletics for Durham Public Schools**. As soon as practicable, DPS shall inform each contracted health care provider prior of each Athlete's revocation. However, any such revocation shall not affect disclosures made by a health care provider prior to that health care provider's receipt of the revocation for DPS. In addition, such revocation shall not affect disclosures made prior to the receipt of the revocation to the extent that this Authorization was relied upon for such affect disclosures.

This Authorization is not intended to alter the Athlete's ability to receive medical care from any health care provider regardless of whether this Authorization is agreed to or refused.

This Authorization shall cover actions by and for Duke University, Duke University Health System, Inc. and Private Diagnostic Clinic, PLLC, and all of their respective employees, workforce, and business associates, and all other physicians and health care providers contracted with DPS and their respective employees, workforce, and business associates. For a complete list of contracted health care providers for DPS that may release medical information pursuant to the Authorization, please contact Durham Public Schools.

The athlete and Parent/Guardian will receive a complete copy of the signed Authorization.

A copy of this Authorization and any revocation of it will be kept by both the Duke Sports Medicine Office, Durham Public Schools and other health care providers contracted with Durham Public Schools.

Protected health information released by the health care providers to Durham Public Schools is not protected by this Authorization from re-disclosure by Durham Public Schools.

Date: _____

Parent/Guardian Signature

Printed Name Relationship to Athlete

Athlete's Name - Printed