

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



STHS Pre-Participation Physical Evaluation

I, _____ (Parent/Guardian), hereby give my permission to South Texas Health System, to perform a pre-participation physical evaluation. It is understood by the undersigned that the results of this evaluation are for athletics/band participation only and should not substitute a routine physical evaluation with your family physician or medical provider. In accepting this pre-participation physical evaluation, the undersigned waives any and all claims against South Texas Health System, the McAllen Family Medicine Residency Clinic, resident physicians, physicians and all associated employees connected with any way, or arising out of the services rendered in connection therewith.

AUTHORIZATION TO DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION

It is understood that the results of the physical evaluation will be shared with appropriate personnel of the McAllen Independent School District to determine athletic/band eligibility. I hereby authorize use or disclosure of the named individual's pre-participation evaluation as described above to McAllen Independent School District.

SIGNED (PARENT/GUARDIAN) _____ DATE _____

PATIENT NAME (PRINTED) _____ LEGAL SEX _____ DOB _____

ADDRESS _____ CITY/STATE _____ ZIP CODE _____

SCHOOL DISTRICT: McAllen Independent School District SCHOOL: _____

EMERGENCY CONTACT:

NAME _____ RELATION: _____

PHONE NUMBER: _____ CELL PHONE NUMBER: _____

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/ guardián), por este medio doy mi permiso para South Texas Health System, realizar una evaluación física previa a la participación atlestimo/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 residentes, médicos y todos los empleados asociados, conectado de cualquier manera o que surjan de los servicios prestados 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: _____