



MEDICAL • DENTAL • PHARMACY

## CONSENT FOR SPORTS PHYSICAL

Name: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

School attending: \_\_\_\_\_

Parent/Legal Guardian Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State Zip: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Yes, I want Community Health Care to call me to make a medical appointment**

By signing below, I give **permission for a sports physical to be** performed by a Community Health Care medical provider.

I also understand that receiving this sports physical does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. I am free to establish such a doctor-patient relationship for my child in the future with the medical provider performing this screening or another medical provider of my choice. Further, I will not hold the medical provider or those performing this assessment responsible for the health consequences or results should I choose NOT to follow the medical provider's recommendations. I acknowledge that I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for Community Health Care.

**I hereby authorize and direct the doctor and/or assistants to provide the medical treatment described above.**

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian/Adult Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Medical Provider Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## CONSENTIMIENTO PARA UN EXAMEN FÍSICO

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Asistir a la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Sí, deseo que Community Health Care me llame para programar un cita médica.**

Al firmar abajo, doy **permiso para recibir un examen físico por un médico** de Community Health Care.

También entiendo que recibir este examen físico no establece ninguna relación médico-paciente nueva, permanente o continua. Tengo la libertad de establecer tal relación de médico-paciente para mi hijo en el futuro con el médico que efectuó esta evaluación u otro médico de mi elección. Además, no hago responsable al médico o a aquellos que efectúen esta evaluación de las consecuencias de salud o los resultados si elijo **No** seguir las recomendaciones del médico. Certifico que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Community Health Care.

**Por la presente autorizo al médico y/o asistentes para que proporcionen el examen médico descrito arriba.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor/Adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Proveedor Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha