

MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS PATIENT REGISTRATION

Date completed: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Birth Date: _____ Birth Gender: ☐ Male ☐ Female ☐ Other: _____

School: _____ Grade: _____ Student ID#: _____

Primary language spoken at home: _____

Race (select all that apply)		Ethnicity (select only one)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Hispanic or Latino
☐ Black or African American	☐ White	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ Other Race	☐ Prefer not to answer
☐ Prefer not to answer		

Does your child qualify for free or reduced lunch at school? ☐ YES ☐ NO

PERSON RESPONSIBLE FOR THE PATIENT

Relationship: _____ E-mail: _____

Name: (Last) _____ (First) _____ (Middle) _____

☐ Same as Above

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION (To be contacted if parent/guardian cannot be reached)

Relationship: _____

Name: (Last) _____ (First) _____

Day Phone #: _____ Alternate Day Phone #: _____

Parent / Guardian Signature _____

Print Name _____

Relationship to patient _____

Date _____

Time _____

☐ AM
☐ PM

MEMORIAL
HERMANN

Health Centers for Schools Patient
Registration Form



MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS PATIENT REGISTRATION

Fecha en que se completó: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo al nacer: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____

Escuela: _____ Grado: _____ N.º de ID del estudiante: _____

Idioma principal hablado en casa: _____

Raza (seleccione todas las opciones que correspondan)	Ethnicity (select only one)
☐ Indígena estadounidense o Nativo de Alaska ☐ Asiático	☐ Hispano ☐ Latino
☐ De raza negra o Afroamericano ☐ Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico	☐ No Hispano ☐ Latino
☐ Blanco ☐ Otra Raza ☐ Prefiero no responder	☐ Prefiero no responder

¿Su hijo califica para recibir almuerzo gratuito o con descuento en la escuela? ☐ Sí ☐ NO

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Relación: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Segundo nombre) _____

☐ Igual que el anterior

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono de contacto durante el día: _____ N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (para comunicarse en caso de que no se pueda ubicar al padre, madre o tutor legal)

Relación: _____

Nombre: (Apellido) _____ (Nombre) _____

N.º de teléfono de contacto durante el día: _____ N.º de teléfono de contacto durante el día alternativo: _____

_____ Firma del padre, madre o tutor legal	_____ Nombre en letra de imprenta	_____ Relación con el paciente	_____ Fecha	_____ Hora
			☐ a. m.	☐ p. m.

MEMORIAL
HERMANN

Health Centers for Schools Patient
Registration Form



MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS BURBANK CLINIC, HOUSTON, TEXAS
INFORMED CONSENT FOR TREATMENT AND OTHER PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES
PLEASE READ CAREFULLY AND FILL OUT THE CONSENT FORM BELOW FOR YOUR STUDENT TO BE TREATED AT THE HEALTH CENTER

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) or "Health Center" is concerned with the health of students at contracted schools. We provide a number of health care services, subject to the limitations of the facility.

THE FOLLOWING HEALTH CARE SERVICES ARE AVAILABLE AT THE BURBANK SCHOOL-BASED HEALTH CENTER.

- | | | |
|--------------------------------|--|--|
| 1. Immunizations | 5. Nutrition Education | 9. Mental Health counseling |
| 2. Well Exams / Check-ups | 6. Family Planning Services | 10. Exercise education and counseling |
| 3. Athletic and Camp Physicals | 7. Social Service Assistance | 11. Detection and treatment of sexually transmitted diseases (STD) |
| 4. Health Education | 8. Treatment of minor illness and injury | |

Please indicate which of the following apply to the student:

☐ Medicaid # _____ Medicaid Plan _____ ☐ Harris Health/Gold Card
☐ CHIP ☐ Private Health Insurance ☐ No Insurance

IMPORTANT – PLEASE NOTE: The Health Center is a Medicaid Provider and will bill Medicaid for services to those students who have Medicaid coverage. **Non covered services will NOT be billed to the student or family.**

I authorize MHHCS to bill Medicaid or my Medicaid plan and receive payment directly from them for services rendered. I also authorize MHHCS to release information as required to Medicaid or my Medicaid plan, for the purpose of determining benefits. I understand that such records may include information regarding HIV/AIDS testing, substance abuse, and/or mental health issues. A photocopy or a telefaxed copy of this authorization shall be deemed as valid as the original.

I authorize the Health Center staff to disclose to the school nurse, medical or athletic team appropriate health information about my child as deemed necessary, solely for treatment purposes, and for the continuity of my child's care. I further authorize school personnel to disclose grades, absenteeism, and disciplinary data for my child, if seen by the Licensed Clinical Social Worker or Licensed Professional Counselor.

XX _____

Parent / Guardian Signature

Print Name

Relationship to Student

Date

PLEASE NOTE:

Primary health care services are provided to students by a full time Advanced Practice Provider. In addition, counseling services are provided by a Licensed Clinical Social Worker (LCSW) or Licensed Professional Counselor (LPC). Services provided at the Health Center are optional and at no cost to the student or family.

I authorize a designated MHHCS professional healthcare provider to provide necessary and/or advisable treatment for the student.

Student Name _____

Date of Birth _____

I give my permission for MHHCS to provide all services indicated above within the capabilities of the facility and its personnel except for

item(s) _____

I authorize the above named facility to provide transportation and/or accompany my child from the contracted schools to the Health Center for services after receiving permission from the school nurse.

I have read and completed this consent form. I understand that school personnel may see this informed consent. I understand that any questions I may have concerning the Health Center will be answered by calling (713) 742-8151.

XX _____

Parent / Guardian Signature

Print Name

Relationship to Student

Date

Phone number where parent/guardian can be reached during school hours:

Name: _____ Phone Number: _____ Best time to call: _____

Email: _____

Second Parent/Guardian

Signature (optional):: _____ Phone Number: _____ Best time to call: _____

**MEMORIAL
HERMANN**

Informed Consent



MEMORIAL HERMANN HEALTH CENTERS FOR SCHOOLS BURBANK CLINIC, HOUSTON, TEXAS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO Y OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD PREVENTIVA
LEA DETENIDAMENTE Y COMPLETE EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE SU ESTUDIANTE SEA TRATADO
EN EL CENTRO DE SALUD

Memorial Hermann Health Centers for Schools (MHHCS) o "Centro de salud" se interesa por la salud de los estudiantes en las escuelas con las cuáles tenemos un contrato. Brindamos un número de servicios de atención de la salud, sujetos a las limitaciones del establecimiento.

LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD ESTÁN DISPONIBLES EN EL CENTRO DE SALUD BURBANK DENTRO DE LAS ESCUELAS

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Inmunizaciones | 5. Educación sobre la nutrición | 9. Consejería de salud mental |
| 2. Exámenes de rutina / Chequeos médicos | 6. Servicios de planificación familiar | 10. Consejería y educación sobre el ejercicio |
| 3. Exámenes físicos para campamento y deporte | 7. Asistencia de servicio social | 11. Detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (STD, por sus siglas en inglés) |
| 4. Educación sobre la salud | 8. Tratamiento de enfermedades o lesiones leves | |

Indique cuál de los siguientes se aplica al estudiante:

☐ N.º de Medicaid _____ Plan de Medicaid _____ ☐ Harris Health/Gold Card
☐ CHIP ☐ Seguro de salud privado ☐ Sin seguro

IMPORTANTE – TENGA EN CUENTA QUE: El Centro de salud es un proveedor de Medicaid y facturará a Medicaid por los servicios a aquellos estudiantes que tienen cobertura Medicaid. Los servicios que no estén cubiertos, NO se cobrarán al estudiante o a la familia.

Yo autorizo a MHHCS para que cobren a Medicaid o a mi plan de Medicaid y reciban directamente el pago de ellos por los servicios prestados. También autorizo a MHHCS para que divulgue información según sea requerida por Medicaid o por mi plan de Medicaid con el propósito de determinar los beneficios. Comprendo que dichos registros pueden incluir información con respecto a pruebas de VIH/SIDA, abuso de sustancias y/o problemas de salud mental. Una fotocopia o una copia enviada por fax de esta autorización deberá considerarse tan válida como el documento original.

Yo autorizo al personal del Centro de salud a divulgar a la enfermera, al equipo médico o al equipo deportivo de la escuela la información de salud adecuada sobre mi hijo/a según se considere necesario, únicamente para los propósitos del tratamiento y para la continuidad de la atención médica de mi hijo/a. Autorizo también a que el personal de la escuela divulgue las calificaciones, inasistencias e información de disciplina de mi hijo/a si él/ella es visitado(a) por el trabajador social con licencia de la clínica o el consejero profesional licenciado.

XX _____

Firma del padre/tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

TENGA EN CUENTA:

Un proveedor de prácticas avanzadas brinda servicios de atención primaria a tiempo completo a los estudiantes. Adicionalmente, los servicios de asesoramiento son proporcionados por un trabajador social con licencia de la clínica (LCSW, por sus siglas en inglés) o un consejero profesional licenciado (LPC, por sus siglas en inglés). Los servicios brindados en el Centro de salud son opcionales y sin costo alguno para el estudiante o la familia.

Yo autorizo a un proveedor de atención de la salud profesional designado de MHHCS a brindar el tratamiento recomendado y/o necesario para el estudiante.

Nombre del estudiante _____	Fecha de nacimiento _____
-----------------------------	---------------------------

Yo doy mi consentimiento a MHHCS para brindar todos los servicios indicados anteriormente dentro de las posibilidades del establecimiento y su personal con excepción de lo(s) siguiente(s) _____

Yo autorizo al establecimiento mencionado anteriormente a brindar el transporte y/o acompañar a mi hijo/a desde las escuelas con contrato hasta el Centro de salud para obtener los servicios después de recibir el consentimiento de la enfermera de la escuela.

He leído y completado este formulario de consentimiento. Entiendo que el personal de la escuela puede ver este consentimiento informado. Entiendo que cualquier pregunta que pueda tener en relación al Centro de salud será respondida llamando al (713) 742-8151.

XX _____

Firma del padre, la madre o el tutor	Nombre en letra de imprenta	Relación con el estudiante	Fecha
---	------------------------------------	-----------------------------------	--------------

Número de teléfono para comunicarse con el padre, la madre o el tutor durante el horario escolar:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ La mejor hora para recibir llamadas: _____

Correo electrónico: _____

Firma del segundo progenitor o tutor(opcional): _____	Número de teléfono: _____	La mejor hora para recibir llamadas: _____
--	---------------------------	--

**MEMORIAL
HERMANN**

Informed Consent



Memorial Hermann Health System
Acknowledgment of Receipt of Joint Notice of Privacy
Health Centers for Schools

This Joint Notice of Privacy Practice applies to the privacy practices of the Affiliated Entities and the Entities participating in the Organized Health Care Arrangement. These Entities include: Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, MHMG, MHMD, MHMI, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., Memorial Hermann Health System, Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co. Ltd., Physicians and Allied Professionals with privileges to practice at a Memorial Hermann Healthcare Facility.

This form is used to document (a) an individual's acknowledgement of receipt of our Joint Notice of Privacy Practices or (b) when we have not obtained this acknowledgement, our good faith effort to obtain the acknowledgement.

I (parent/guardian) acknowledge that I have received a Joint Notice of Privacy Practices from Memorial Hermann Health System.

I (parent/guardian) understand that the student's health information will be used and disclosed according to Memorial Hermann Health System's Joint Notice of Privacy Practices.

I (parent/guardian) also understand that a written authorization from me (parent/guardian) will be requested by the clinic prior to releasing health care information for any use or disclosure not listed in the Joint Notice of Privacy Practices.

Parent / Guardian Signature

Print Name

Relationship to student

Date

Time

☐ AM
☐ PM

Student Name (print)

School

STAFF USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Good Faith Effort to Obtain Acknowledgement of Receipt of Joint Notice or Privacy Practices:

Describe your good faith effort to obtain the parent/guardian signature on this form:

Describe the reason why the individual would not/could not sign this form:

Staff Signature

Print Name

Date

Time

☐ AM
☐ PM

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgment of Receipt of Joint
Notice of Privacy**



Memorial Hermann Health System
Acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad
Centros de salud para las escuelas

Este Aviso conjunto de prácticas de privacidad se aplica a las prácticas de privacidad de las entidades afiliadas y las entidades que participan en el Acuerdo organizado de atención médica. Se incluyen las siguientes entidades: Memorial Hermann Hospital System, Memorial Hermann Affiliated Services, Memorial Hermann Physicians of Texas, MHMG, MHMD, MHMI, Memorial Hermann Ventures, Inc., Memorial Hermann Health Network Providers, Inc., Memorial Hermann Health System, Memorial Hermann Foundation, Memorial Hermann Professional Insurance Co. Ltd., médicos y profesionales aliados con privilegios para ejercer en una instalación de atención médica de Memorial Hermann.

Este formulario se utiliza para documentar (a) el acuse de recibo por parte de una persona de nuestro Aviso conjunto de prácticas de privacidad o (b) en caso de que no hayamos obtenido este acuse de recibo, nuestro esfuerzo de buena fe para obtener el acuse.

Yo (padre, madre o tutor) reconozco que he recibido un Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) entiendo que la información de salud del estudiante se utilizará y divulgará de acuerdo con el Aviso conjunto de prácticas de privacidad de Memorial Hermann Health System.

Yo (padre, madre o tutor) también entiendo que la clínica solicitará mi (padre, madre o tutor) autorización por escrito antes de divulgar la información de atención médica para cualquier uso o fin de divulgación que no se mencione en el Aviso conjunto de prácticas de privacidad.

Firma del padre, la madre o el tutor _____ Nombre en letra de imprenta _____ Relación con el estudiante _____ Fecha _____ Hora _____
☐ a. m.
☐ p. m.

Nombre del estudiante (en letra de imprenta) _____ Escuela _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Esfuerzo de buena fe para obtener el acuse de recibo del Aviso conjunto de prácticas de privacidad:

Describa su esfuerzo de buena fe para obtener la firma del padre, la madre o el tutor en este formulario:

Describa el motivo por el que la persona no firmó o no pudo firmar este formulario:

Firma del personal _____ Nombre en letra de imprenta _____ Fecha _____ Hora _____
☐ a. m.
☐ p. m.

**MEMORIAL
HERMANN**

**Acknowledgment of Receipt of Joint
Notice of Privacy**





TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

Texas Immunization Registry (ImmTrac2)

Minor Consent Form



A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Child's First Name _____		Child's Middle Name _____		Child's Last Name _____	
Child's Date of Birth (mm/dd/yyyy) _____		Child's Gender: ☐ Male ☐ Female	Telephone _____		Email address _____
Child's Address _____					Apartment # / Building # _____
City _____		State _____	Zip Code _____	County _____	
Mother's First Name _____			Mother's Maiden Name _____		

Race (select all that apply)			Ethnicity (select only one)
☐ American Indian or Alaska Native	☐ Asian	☐ Black or African-American	☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander	☐ White	☐ Other Race	☐ Not Hispanic or Latino
☐ Recipient Refused			☐ Other

The Texas Immunization Registry (ImmTrac2) is a free service of the Texas Department of State Health Services (DSHS). The Texas Immunization Registry is a secure and confidential service that consolidates and stores your child's (younger than 18 years of age) immunization records. With your consent, your child's immunization information will be included in the Texas Immunization Registry. Doctors, public health departments, schools, and other authorized professionals can access your child's immunization history to ensure that important vaccines are not missed. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.007 (d). <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/htm/HIS.161.htm#161.007>.

Consent for Registration of Child and Release of Immunization Records to Authorized Persons/Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing release of the child's immunization information to DSHS and I further understand that DSHS will include this information in the Texas Immunization Registry. Once in the Texas Immunization Registry, the child's immunization information may by law be accessed by a public health district or local health department, for public health purposes within their areas of jurisdiction; a physician, or other health-care provider legally authorized to administer vaccines, for treating the child as a patient; a state agency having legal custody of the child; a Texas school or child-care facility in which the child is enrolled; and a payor, currently authorized by the Texas Department of Insurance to operate in Texas, regarding coverage for the child. I understand that I may withdraw this consent at any time by submitting a completed Withdrawal of Consent Form in writing to the Texas Department of State Health Services, Texas Immunization Registry.

State law permits the inclusion of immunization records for First Responders and their immediate family members in the Texas Immunization Registry. A "First Responder" is defined as a public safety employee or volunteer whose duties include responding rapidly to an emergency. An "immediate family member" is defined as a parent, spouse, child, or sibling who resides in the same household as the First Responder. For more information, see Texas Health and Safety Code Sec. 161.00705. <https://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HIS/htm/HIS.161.htm#161.00705>.

Please mark the box below to indicate whether your child is an **Immediate Family Member** of a First Responder.

☐ I am an IMMEDIATE FAMILY MEMBER of a First Responder.

By my signature below, I GRANT consent for registration. I wish to INCLUDE my child's information in the Texas Immunization Registry.
Parent, legal guardian, or managing conservator:

Printed Name _____	Signature _____	Date _____
--------------------	-----------------	------------

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. **DO NOT** fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <https://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac2/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. C-7
Revised 02/2022



TEXAS
Health and Human
Services

Texas Department of State
Health Services

REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DE TEXAS (ImmTrac2) Consentimiento para menores de edad



Si el cliente es menor de 18 años, uno de los padres, el tutor legal o el titular de la custodia debe firmar este formulario.

Primer nombre del menor _____ Segundo nombre del menor _____ Apellido del menor _____

Fecha de nac. del menor (mm/dd/aaaa) ____/____/____ Sexo del menor: ☐ Femenino ☐ Masculino Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección del menor _____ Núm. de apartamento o edificio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre de la madre _____ Apellido de soltera _____

Raza (seleccione todos los que correspondan):			Grupo étnico (seleccione solo una):
☐ Indio americano o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o afroamericano	☐ Hispanico o latino
☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	☐ Blanco	☐ Otro	☐ No hispano o latino
☐ Se negó a contestar			☐ Otro

El Registro de Inmunización de Texas (ImmTrac2), es un servicio gratuito del Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas. Se trata de un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda los registros de vacunación de su hijo (hasta los 18 años de edad). Con su debida autorización, la información de las vacunas que recibe su hijo se incluirá en el Registro de Inmunización de Texas. Médicos, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso a esta información para verificar que no falten vacunas importantes. Para más información consulte la sección 161.007 (d) del Código de Salud y Seguridad de Texas en <http://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.007>.

Consentimiento para incluir en el registro a un menor y para divulgar sus datos a las entidades autorizadas

Entiendo que, al dar aquí mi consentimiento, autorizo la divulgación de mis datos de vacunación al DSHS, y entiendo además que el DSHS incluirá esta información en el Registro de Inmunización de Texas. Una vez que los datos de las vacunas de mi hijo estén en el Registro de Inmunización de Texas, las siguientes entidades tendrán, por ley, acceso a ella: un distrito de salud pública o departamento de salud local, por razones de salud pública, dentro de sus zonas de jurisdicción; un médico u otro proveedor de salud legalmente autorizado para aplicar vacunas, como parte del tratamiento al menor como su paciente; una dependencia estatal que tenga la custodia legal del niño; una escuela o guardería en la que el niño esté inscrito; un pagador autorizado por el Departamento de Seguros de Texas para operar en Texas lo relacionado con la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento en cualquier momento, llenando y enviando el formulario Withdrawal of Consent al Texas Immunization Registry del Texas Department of State Health Services.

La ley estatal permite la inclusión de los registros de vacunación de los socorristas y sus familiares directos en el Registro de Inmunización de Texas. Se define como "socorrista" al empleado de la seguridad pública o voluntario cuyas funciones incluyen el responder rápidamente a una emergencia médica. Se define como "familiar directo" a los padres, cónyuges, hijos o hermanos que viven en el mismo hogar que el socorrista. Para más información, consulte la sección 161.00705 del Código de Salud y Seguridad de Texas. <http://statutes.capitol.texas.gov/Docs/HS/htm/HS.161.htm#161.00705>.

Marque la casilla de abajo para indicar si su hijo es familiar directo de un socorrista.

☐ Soy FAMILIAR DIRECTO de un socorrista.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para el registro. Deseo INCLUIR los datos de mi hijo en el Registro de Inmunización de Texas.

El padre o madre, tutor legal o titular de la custodia:

Nombre escrito a mano _____ Firma _____ Fecha _____

Aviso de confidencialidad: Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a solicitar y recibir información sobre los datos que el estado de Texas recabe sobre usted. Usted tiene derecho a recibir y revisar la información si así lo solicita. También tiene derecho a pedir que la dependencia estatal corrija cualquier información que se determine que es incorrecta. Consulte el sitio <http://www.dshs.texas.gov> para más información sobre el aviso de confidencialidad. (Fuente: Código gubernamental, secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

PROVIDERS REGISTERED WITH the Texas Immunization Registry: Please enter client information in the Texas Immunization Registry and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to the Texas Immunization Registry. **Retain this form in your client's record.**

Questions? Tel: (800) 252-9152 • Fax: (512) 776-7790 • <http://www.dshs.texas.gov/immunize/immtrac/>
Texas Department of State Health Services • Immunizations • Texas Immunization Registry – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

Texas Department of State Health Services
Immunizations

Stock No. C-7
Revised 02/2022

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- MEDICAL HISTORY

2022

This MEDICAL HISTORY FORM must be completed *annually* by parent (or guardian) and student in order for the student to participate in activities. These questions are designed to determine if the student has developed any condition which would make it hazardous to participate in an event.

Student's Name: (print) _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Address _____ Phone _____

Grade _____ School _____

Personal Physician _____ Phone _____

In case of emergency, contact:

Name _____ Relationship _____ Phone _____ Email _____

Explain "Yes" answers in the box below**. Circle questions you don't know the answers to.

	Yes	No		Yes	No
1. Have you had a medical illness or injury since your last check up or physical?	☐	☐	13. Have you ever gotten unexpectedly short of breath with exercise?	☐	☐
2. Have you been hospitalized overnight in the past year?	☐	☐	Do you have asthma?	☐	☐
Have you ever had surgery?	☐	☐	Do you have seasonal allergies that require medical treatment?	☐	☐
3. Have you ever had prior testing for the heart ordered by a physician?	☐	☐	14. Do you use any special protective or corrective equipment or devices that aren't usually used for your activity or position (for example, knee brace, special neck roll, foot orthotics, retainer on your teeth, hearing aid)?	☐	☐
Have you ever passed out during or after exercise?	☐	☐	15. Have you ever had a sprain, strain, or swelling after injury?	☐	☐
Have you ever had chest pain during or after exercise?	☐	☐	Have you broken or fractured any bones or dislocated any joints?	☐	☐
Do you get tired more quickly than your friends do during exercise?	☐	☐	Have you had any other problems with pain or swelling in muscles, tendons, bones, or joints?	☐	☐
Have you ever had racing of your heart or skipped heartbeats?	☐	☐	If yes, check appropriate box and explain below:		
Have you had high blood pressure or high cholesterol?	☐	☐	☐ Head	☐ Elbow	☐ Hip
Have you ever been told you have a heart murmur?	☐	☐	☐ Neck	☐ Forearm	☐ Thigh
Has any family member or relative died of heart problems or of sudden unexplained death before age 50?	☐	☐	☐ Back	☐ Wrist	☐ Knee
Has any family member been diagnosed with enlarged heart, (dilated cardiomyopathy), hypertrophic cardiomyopathy, long QT syndrome or other ion channelopathy (Brugada syndrome, etc), Marfan's syndrome, or abnormal heart rhythm?	☐	☐	☐ Chest	☐ Hand	☐ Shin/Calf
Have you had a severe viral infection (for example, myocarditis or mononucleosis) within the last month?	☐	☐	☐ Shoulder	☐ Finger	☐ Ankle
Has a physician ever denied or restricted your participation in activities for any heart problems?	☐	☐	☐ Upper Arm	☐ Foot	
4. Have you ever had a head injury or concussion?	☐	☐	16. Do you want to weigh more or less than you do now?	☐	☐
Have you ever been knocked out, become unconscious, or lost your memory?	☐	☐	17. Do you feel stressed out?	☐	☐
If yes, how many times? _____			18. Have you ever been diagnosed with or treated for sickle cell trait or sickle cell disease?	☐	☐
When was your last concussion? _____			<i>Females Only</i>		
How severe was each one? (Explain below)	☐	☐	19. When was your first menstrual period? _____		
Have you ever had a seizure?	☐	☐	When was your most recent menstrual period? _____		
Do you have frequent or severe headaches?	☐	☐	How much time do you usually have from the start of one period to the start of another? _____		
Have you ever had numbness or tingling in your arms, hands, legs or feet?	☐	☐	How many periods have you had in the last year? _____		
Have you ever had a stinger, burner, or pinched nerve?	☐	☐	What was the longest time between periods in the last year? _____		
5. Are you missing any paired organs?	☐	☐	<i>Males Only</i>		
6. Are you under a doctor's care?	☐	☐	20. Are you missing a testicle? _____		
7. Are you currently taking any prescription or non-prescription (over-the-counter) medication or pills or using an inhaler?	☐	☐	21. Do you have any testicular swelling or masses? _____		
8. Do you have any allergies (for example, to pollen, medicine, food, or stinging insects)?	☐	☐	☐ An electrocardiogram (ECG) is not required. I have read and understand the information about cardiac screening on the UIL Sudden Cardiac Arrest Awareness Form. By checking this box, I choose to obtain an ECG for my student for additional cardiac screening. I understand it is the responsibility of my family to schedule and pay for such ECG.		
9. Have you ever been dizzy during or after exercise?	☐	☐	EXPLAIN "YES" ANSWERS IN THE BOX BELOW (attach another sheet if necessary):		
10. Do you have any current skin problems (for example, itching, rashes, acne, warts, fungus, or blisters)?	☐	☐			
11. Have you ever become ill from exercising in the heat?	☐	☐			
12. Have you had any problems with your eyes or vision?	☐	☐			

It is understood that even though protective equipment is worn by athletes, whenever needed, the possibility of an accident still remains. Neither the University Interscholastic League nor the school assumes any responsibility in case an accident occurs.

If, in the judgment of any representative of the school, the above student should need immediate care and treatment as a result of any injury or sickness, I do hereby request, authorize, and consent to such care and treatment as may be given said student by any physician, athletic trainer, nurse or school representative. I do hereby agree to indemnify and save harmless the school and any school or hospital representative from any claim by any person on account of such care and treatment of said student.

If, between this date and the beginning of participation, any illness or injury should occur that may limit this student's participation, I agree to notify the school authorities of such illness or injury.

I hereby state that, to the best of my knowledge, my answers to the above questions are complete and correct. Failure to provide truthful responses could subject the student in question to penalties determined by the UIL.

Student Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Any Yes answer to questions 1, 2, 3, 4, 5, or 6 requires further medical evaluation which may include a physical examination. Written clearance from a physician, physician assistant, chiropractor, or nurse practitioner is required before any participation in UIL practices, games or matches. THIS FORM MUST BE ON FILE PRIOR TO PARTICIPATION IN ANY PRACTICE, SCRIMMAGE, PERFORMANCE OR CONTEST BEFORE, DURING OR AFTER SCHOOL.

For School Use Only:

This Medical History Form was reviewed by: Printed Name _____ Date _____ Signature _____

PREPARTICIPATION PHYSICAL EVALUATION -- PHYSICAL EXAMINATION

Student's Name _____ Sex _____ Age _____ Date of Birth _____

Height _____ Weight _____ % Body fat (optional) _____ Pulse _____ BP _____/_____/_____
brachial blood pressure while sitting

Vision: R 20/____ L 20/____ Corrected: ☐ Y ☐ N Pupils: ☐ Equal ☐ Unequal

As a minimum requirement, this Physical Examination Form must be completed prior to junior high participation and again prior to first and third years of high school participation. It *must* be completed if there are yes answers to specific questions on the student's MEDICAL HISTORY FORM on the reverse side. * Local district policy may require an annual physical exam.

	NORMAL	ABNORMAL FINDINGS	INITIALS*
MEDICAL			
Appearance			
Eyes/Ears/Nose/Throat			
Lymph Nodes			
Heart-Auscultation of the heart in the supine position.			
Heart-Auscultation of the heart in the standing position.			
Heart-Lower extremity pulses			
Pulses			
Lungs			
Abdomen			
Genitalia (males only) if indicated			
Skin			
Marfan's stigmata (arachnodactyly, pectus excavatum, joint hypermobility, scoliosis)			

Neck			
Back			
Shoulder/Arm			
Elbow/Forearm			
Wrist/Hand			
Hip/Thigh			
Knee			
Leg/Ankle			
Foot			

*station-based examination only

CLEARANCE

☐ Cleared

☐ Cleared after completing evaluation/rehabilitation for: _____

☐ Not cleared for: _____ Reason: _____

Recommendations: _____

The following information must be filled in and signed by either a Physician, a Physician Assistant licensed by a State Board of Physician Assistant Examiners, a Registered Nurse recognized as an Advanced Practice Nurse by the Board of Nurse Examiners, or a Doctor of Chiropractic. Examination forms signed by any other health care practitioner, will not be accepted.

Name (print/type) _____ Date of Examination: _____

Address: _____

Phone Number: _____

Signature: _____

Must be completed before a student participates in any practice, before, during or after school, (both in-season and out-of-season) or performance/games/matches.



SUDDEN CARDIAC ARREST (SCA) AWARENESS FORM

The Basic Facts on Sudden Cardiac Arrest

Website Resources:

American Heart Association:
www.heart.org

Lead Author: Arnold Fenrich, MD
and Benjamin Levine, MD

Additional Reviewers: UIL Medical
Advisory Committee

Revised 2016

What is Sudden Cardiac Arrest?

- Occurs suddenly and often without warning.
- An electrical malfunction (short-circuit) causes the bottom chambers of the heart (ventricles) to beat dangerously fast (ventricular tachycardia or fibrillation) and disrupts the pumping ability of the heart.
- The heart cannot pump blood to the brain, lungs and other organs of the body.
- The person loses consciousness (passes out) and has no pulse.
- Death occurs within minutes if not treated immediately.

What causes Sudden Cardiac Arrest?

Inherited (passed on from family) conditions present at birth of the heart muscle:

Hypertrophic Cardiomyopathy – hypertrophy (thickening) of the left ventricle; the most common cause of sudden cardiac arrest in athletes in the U.S.

Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy – replacement of part of the right ventricle by fat and scar; the most common cause of sudden cardiac arrest in Italy.

Marfan Syndrome – a disorder of the structure of blood vessels that makes them prone to rupture; often associated with very long arms and unusually flexible joints.

Inherited conditions present at birth of the electrical system:

Long QT Syndrome – abnormality in the ion channels (electrical system) of the heart.

Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia and Brugada Syndrome – other types of electrical abnormalities that are rare but run in families.

NonInherited (not passed on from the family, but still present at birth) conditions:

Coronary Artery Abnormalities – abnormality of the blood vessels that supply blood to the heart muscle. This is the second most common cause of sudden cardiac arrest in athletes in the U.S.

Aortic valve abnormalities – failure of the aortic valve (the valve between the heart and the aorta) to develop properly; usually causes a loud heart murmur.

Non-compaction Cardiomyopathy – a condition where the heart muscle does not develop normally.

Wolff-Parkinson-White Syndrome – an extra conducting fiber is present in the heart's electrical system and can increase the risk of arrhythmias.

Conditions not present at birth but acquired later in life:

Commotio Cordis – concussion of the heart that can occur from being hit in the chest by a ball, puck, or fist.

Myocarditis – infection or inflammation of the heart, usually caused by a virus.

Recreational/Performance-Enhancing drug use.

Idiopathic: Sometimes the underlying cause of the Sudden Cardiac Arrest is unknown, even after autopsy.

What are the symptoms/warning signs of Sudden Cardiac Arrest?

- Fainting/blackouts (especially during exercise)
- Dizziness
- Unusual fatigue/weakness
- Chest pain
- Shortness of breath
- Nausea/vomiting
- Palpitations (heart is beating unusually fast or skipping beats)
- Family history of sudden cardiac arrest at age < 50

ANY of these symptoms and warning signs that occur while exercising may necessitate further evaluation from your physician before returning to practice or a game.

What is the treatment for Sudden Cardiac Arrest?

Time is critical and an immediate response is vital.

- **CALL 911**
- **Begin CPR**
- **Use an Automated External Defibrillator (AED)**

What are ways to screen for Sudden Cardiac Arrest?

The American Heart Association recommends a pre-participation history and physical including 14 important cardiac elements.

The UIL Pre-Participation Physical Evaluation – Medical History form includes ALL 14 of these important cardiac elements and is mandatory annually.

What are the current recommendations for screening young athletes? The University Interscholastic League requires use of the specific Preparticipation Medical History form on a yearly basis. This process begins with the parents and student-athletes answering questions about symptoms during exercise (such as chest pain, dizziness, fainting, palpitations or shortness of breath); and questions about family health history. It is important to know if any family member died suddenly during physical activity or during a seizure. It is also important to know if anyone in the family under the age of 50 had an unexplained sudden death such as drowning or car accidents. This information must be provided annually because it is essential to identify those at risk for sudden cardiac death. The University Interscholastic League requires the Preparticipation Physical Examination form prior to junior high athletic participation and again prior to the 1st and 3rd years of high school participation. The required physical exam includes measurement of blood pressure and a careful listening examination of the heart, especially for murmurs and rhythm abnormalities. If there are no warning signs reported on the health history and no abnormalities discovered on exam, no additional evaluation or testing is recommended for cardiac issues/concerns.	Are there additional options available to screen for cardiac conditions? Additional screening using an electrocardiogram (ECG) and/or an echocardiogram (Echo) is readily available to all athletes from their personal physicians, but is not mandatory, and is generally not recommended by either the American Heart Association (AHA) or the American College of Cardiology (ACC). Limitations of additional screening include the possibility (~10%) of "false positives", which leads to unnecessary stress for the student and parent or guardian as well as unnecessary restriction from athletic participation. There is also a possibility of "false negatives", since not all cardiac conditions will be identified by additional screening. When should a student athlete see a heart specialist? If a qualified examiner has concerns, a referral to a child heart specialist, a pediatric cardiologist, is recommended. This specialist may perform a more thorough evaluation, including an electrocardiogram (ECG), which is a graph of the electrical activity of the heart. An echocardiogram, which is an ultrasound test to allow for direct visualization of the heart structure, may also be done. The specialist may also order a treadmill exercise test and/or a monitor to enable a longer recording of the heart rhythm. None of the testing is invasive or uncomfortable.	Can Sudden Cardiac Arrest be prevented just through proper screening? A proper evaluation (Preparticipation Physical Evaluation - Medical History) should find most, but not all, conditions that could cause sudden death in the athlete. This is because some diseases are difficult to uncover and may only develop later in life. Others can develop following a normal screening evaluation, such as an infection of the heart muscle from a virus. This is why a medical history and a review of the family health history need to be performed on a yearly basis. With proper screening and evaluation, most cases can be identified and prevented. Why have an AED on site during sporting events? The only effective treatment for ventricular fibrillation is immediate use of an automated external defibrillator (AED). An AED can restore the heart back into a normal rhythm. An AED is also life-saving for ventricular fibrillation caused by a blow to the chest over the heart (commotio cordis). Texas Senate Bill 7 requires that at any school sponsored athletic event or team practice in Texas public high schools the following must be available:	➤ Each school has a developed safety procedure to respond to a medical emergency involving a cardiac arrest. The American Academy of Pediatrics recommends the AED should be placed in a central location that is accessible and ideally no more than a 1 to 1 1/2 minute walk from any location and that a call is made to activate 911 emergency system while the AED is being retrieved.
Student & Parent/Guardian Signatures I authorize that I have read and understand the above information.			
_____ Parent/Guardian Signature			
_____ Parent/Guardian Name (Print)			
_____ Date			
_____ Student Signature			
_____ Student Name (Print)			
_____ Date			
➤ An AED is in an unlocked location on school property within a reasonable proximity to the athletic field or gymnasium ➤ All coaches, athletic trainers, PE teacher, nurses, band directors and cheerleader sponsors are certified in cardiopulmonary resuscitation (CPR) and the use of the AED.			



FORMULARIO DE CONCIENCIA DE PARO CARDÍACO SÚBITO (SCA)

Los hechos
básicos sobre el paro
cardíaco súbito

Recursos de sitios web:

Asociación Americana del Corazón:
www.heart.org

Autor principal: Arnold Fenrich,
MD y Benjamin Levine, MD

Revisores adicionales: Comité
Consultivo Médico de la UIL

Revisado 2016

¿Qué es el paro cardíaco súbito?

- Ocurre de repente y, a menudo, sin previo aviso.
- Un mal funcionamiento eléctrico (cortocircuito) hace que las cámaras inferiores del corazón (ventrículos) palpiten peligrosamente rápido (taquicardia ventricular o fibrilación) e interrumpen la capacidad de bombeo del corazón.
- El corazón no puede bombear sangre al cerebro, pulmones y otros órganos del cuerpo.
- La persona pierde la conciencia (se desmaya) y no tiene pulso.
- La muerte ocurre en minutos si no se trata de inmediato.

¿Qué causa el paro cardíaco súbito?

Condiciones (heredadas de la familia) heredadas presentes en el nacimiento del músculo cardíaco:

Miocardopatía hipertrófica:— hipertrofia (engrosamiento) del ventrículo izquierdo; la causa más común de paro cardíaco súbito en atletas en los EE. UU.

Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho:— reemplazo de parte del ventrículo derecho por grasa y cicatriz; la causa más común de paro cardíaco repentino en Italia.

Síndrome de Marfan — un trastorno de la estructura de los vasos sanguíneos que los hace propensos a la ruptura; a menudo, asociado con brazos muy largos y articulaciones inusualmente flexibles.

Condiciones heredadas presentes en el nacimiento del sistema eléctrico:

Síndrome de QT largo: anomalía en los canales iónicos (sistema eléctrico) del corazón.

Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica y síndrome de Brugada: otros tipos de anomalías eléctricas que son raras pero se presentan en familias.

Condiciones no heredadas (no heredadas de la familia, pero aún presentes al nacer):

Anormalidades de la arteria coronaria:— anomalía de los vasos sanguíneos que suministran sangre al músculo cardíaco. Esta es la segunda causa más común de paro cardíaco repentino en atletas en los EE. UU.

Anomalías en la válvula aórtica: falla de la válvula aórtica (la válvula entre el corazón y la aorta) en su desarrollo adecuado; generalmente causa un fuerte soplo cardíaco.

Cardiomiopatía sin compactación:— a una afección en la que el músculo cardíaco no se desarrolla normalmente.

Síndrome de Wolff-Parkinson-White:— una fibra conductora extra está presente en el sistema eléctrico del corazón y puede aumentar el riesgo de arritmias.

Condiciones no presentes en el nacimiento pero adquiridas más adelante en la vida:

Commotio cordis: conmoción del corazón que puede ocurrir al ser golpeado en el pecho con una pelota, disco o puño.

Miocarditis: infección o inflamación del corazón, generalmente, causada por un virus.

Uso de drogas recreativas/de mejora del rendimiento.

Idiopático: En ocasiones, se desconoce la causa subyacente del paro cardíaco súbito, incluso después de la autopsia.

¿Cuáles son los síntomas/signos de advertencia del paro cardíaco súbito?

- Desmayos/apagones (especialmente durante el ejercicio)
- Mareo
- Fatiga/debilidad inusual
- Dolor de pecho
- Falta de aliento
- Náuseas/vómitos
- Palpitaciones (el corazón late inusualmente rápido o latidos intermitentes)
- Antecedentes familiares de paro cardíaco súbito a la edad <50

CUALQUIERA de estos síntomas y signos de advertencia que ocurran durante el ejercicio pueden requerir una evaluación adicional de su médico antes de volver a la práctica o a un juego.

¿Cuál es el tratamiento para el paro cardíaco súbito?

El tiempo es crítico y una respuesta inmediata es vital.

- **LLAME AL 911**
- **Comience RCP**
- **Use un desfibrilador externo automatizado (AED)**

¿Cuáles son las formas de detectar el paro cardíaco súbito?

La Asociación Americana del Corazón recomienda una historia de preparticipación y física que incluya 14 elementos cardíacos importantes.

El formulario de Evaluación física - **Historial médico de preparticipación de la UIL** incluye TODOS los 14 de estos importantes elementos cardíacos y es obligatorio realizarlo anualmente.

¿Cuáles son las actuales recomendaciones para evaluar atletas jóvenes?

La Liga Interescolar Universitaria requiere el uso del formulario específico de Historial médico de preparticipación anualmente. Este proceso comienza cuando los padres y estudiantes atletas responden preguntas sobre los síntomas durante el ejercicio (como dolor en el pecho, mareos, desmayos, palpitaciones o dificultad para respirar); y preguntas sobre el historial de salud familiar.

Es importante saber si algún miembro de la familia murió súbitamente durante una actividad física o durante una convulsión. También es importante saber si alguien de la familia menor de 50 años tuvo una muerte súbita inexplicada, como ahogamiento o accidentes automovilísticos. Esta información debe proporcionarse anualmente porque es esencial identificar a aquellos en riesgo de muerte súbita cardíaca.

Liga Interescolar Universitaria requiere la Preparticipación física Formulario de examen antes de la escuela intermedia participación atlética y de nuevo antes del 1.er y 3.er año de la escuela secundaria. El examen que incluye la medición de presión de sangre y un cuidadoso examen auditivo del corazón, especialmente para los soplos y las anomalías del ritmo. Si no se informan signos de advertencia sobre el historial de salud y no se descubren anomalías en el examen, no se recomienda ninguna evaluación o prueba adicional para problemas/inquietudes cardíacas.

¿Hay opciones adicionales disponibles para detectar afecciones cardíacas?

Las pruebas de detección adicionales con un electrocardiograma (ECG) y un ecocardiograma (ECHO) están disponibles para todos los atletas por parte de sus médicos personales, pero no es obligatorio, y generalmente no es recomendado por la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) o el Colegio Estadounidense de Cardiología (ACC). Las limitaciones del examen adicional incluyen la posibilidad (~10 %) de "falsos positivos", lo que lleva a un estrés innecesario para el estudiante y el padre o el tutor, así como una restricción innecesaria de la participación atlética. También existe la posibilidad de "falsos negativos", ya que no todas las afecciones cardíacas se identificarán mediante una prueba de detección adicional.

¿Cuándo debería un atleta estudiante ver a un especialista del corazón?

Si un examinador calificado tiene inquietudes, una referencia a un especialista del corazón infantil, se recomienda un cardiólogo pediátrico. Este especialista puede realizar una evaluación más completa, lo que incluye un electrocardiograma (ECG), que es un gráfico de la actividad eléctrica del corazón. También se puede realizar un ecocardiograma, que es una prueba de ultrasonido para permitir la visualización directa de la estructura del corazón. El especialista también puede solicitar una prueba de ejercicio en cinta, o un monitor para permitir una grabación más prolongada del ritmo cardíaco. Ninguna de las pruebas es invasiva o incómoda.

¿Puede el paro cardíaco súbito ser prevenido solo a través de una prueba de detección adecuada?

Una evaluación adecuada (Evaluación física de preparticipación - Historial médico) debe encontrar muchas, pero no todas, de las condiciones que podrían causar muerte súbita en el atleta. Esto se debe a que algunas enfermedades son difíciles de descubrir y pueden desarrollarse más adelante en la vida. Otras pueden desarrollarse después de una prueba de detección normal, como una infección del músculo cardíaco por un virus. Esta es la razón por la que se debe realizar un historial médico y una revisión del historial de salud familiar anualmente. Con una prueba de detección y una evaluación adecuadas, la mayoría de los casos se pueden identificar y prevenir.

Por qué tener un DEA en el sitio durante los eventos deportivos

El único tratamiento efectivo para la fibrilación ventricular es el uso inmediato de un desfibrilador externo automático (DEA). Un DEA puede restaurar el corazón a un ritmo normal. Un DEA también salva el ventrículo ibrilación causada por un golpe en el pecho sobre el corazón (commotio cordis).

El Proyecto de Ley 7 del Senado de Texas requiere que en cualquier evento atlético patrocinado por la escuela o equipo las siguientes prácticas en las escuelas secundarias públicas de Texas, deben estar disponibles:

- Un DEA está en un lugar desbloqueado en la propiedad de la escuela dentro de una distancia razonable al campo de atletismo o al gimnasio.
- Todos los entrenadores, los entrenadores de atletismo, los maestros de educación física, las enfermeras, los directores de banda y los patrocinadores de porristas están certificados en reanimación cardiopulmonar (RCP) y en el uso del DEA.

- Cada escuela tiene un procedimiento de seguridad desarrollado para responder a una emergencia médica que involucra un paro cardíaco.

La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda que el DEA se ubique en un lugar central accesible e idealmente a no más de 1 a 1 1/2 minuto a pie de cualquier ubicación y que se haga una llamada para activar el sistema de emergencia del 911 mientras el DEA esté siendo recuperado.

Firmas de estudiantes y padres/tutores

Certifico que he leído y entiendo la información anterior.

Firmas de padres/tutores

Nombre del padre/tutor (letra imprenta)

Fecha

Firma del alumno

Nombre del estudiante (letra imprenta)

Fecha