



2023 ATHLETE CHECK - WAIVER

BIB:
DIVISION:

Apellido:

Nombre:

Pais:

Domicilio:

Ciudad:

Provincia:

Telefono:

Edad:

Email:

Fecha de Nacimiento:

Genero:

Codigo Postal:

Condición Médica / Problemas:

Medicaciones:

Alergias:

Peso:

Contacto de Emergencia:

Contacto de emergencia nombre:

Contacto de emergencia número:

SELECCION DE INFORMACION DE SALUD Y FORMA DE LIBERACION

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA) restringe la divulgación de información médica sin el permiso expreso del atleta. Esto incluye informar a los miembros de la familia y amigos, así como informar a otros competidores, los medios de comunicación, la prensa o el público en general.

AUTORIZACION Y LIBERACION (Por favor marque la casilla correspondiente):

ESTOY DE ACUERDO CON LA DIVULGACION DE MI INFORMACION MEDICA

Yo entiendo que tengo el derecho a tener toda la información con respecto a mi ubicación, la admisión a la tienda médica, condición médica o, si es necesario, traslado a un hospital manteniéndolo privado y no sea libera a cualquier persona. Renuncio a este derecho durante el evento y Grant WTC, su personal, agentes y voluntarios del evento para liberar información sobre mi condición y ubicación si soy admitido en la tienda médica del Evento o transportados a un hospital. Yo entiendo que de ser admitido en la tienda médica o trasladado a un hospital y que mi lugar y mi estado general definido como que se está evaluando, estable o "transportado" puede ser liberados. También entiendo que, aunque la estación de Información Médica está dirigido a miembros de la familia y amigos es accesible por los medios de comunicación, la prensa y el público en general. Es política WTC's, sin embargo, para dirigir todos los medios de comunicación y consultas de prensa a miembro del personal WTC' designados.

- Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización. Debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación por escrito al WTC. Entiendo que esta revocación no se aplicará a la información que ya ha sido lanzado en respuesta a esta autorización. Entiendo que mi revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho a obtener dicha información. A menos que sea revocada, esta autorización expirará a las 12:01 am del día siguiente del evento.
- Entiendo que autorizar esta divulgación es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Yo entiendo que puedo copiar la información que se utilizará, la divulgación de lo dispuesto en el CFR 164.524. Entiendo las normas de confidencialidad. Si tengo preguntas acerca de la divulgación de la información de mi salud, me pondré en contacto con el WTC.
- No necesito firmar este formulario con el fin de participar en el evento o para asegurar un tratamiento por médicos voluntarios WTC's.

NO ACEPTO LA LIBERACION DE MI INFORMACION DE SALUD.

Deseo reservar todos los derechos en virtud de la Ley de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) y portabilidad de seguro de salud y no quiero que ninguna información con respecto a mi ubicación o condición sea liberada.

Firma:

Nombre:

Fecha:

Dorsal: