

Teen Fit Consent Form

MRN: _____

PATIENT INFORMATION INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Name: <i>Nombre</i>		Date of birth: <i>Fecha de nacimiento</i>	
Preferred Name: <i>Nombre Preferido</i>		Pronouns: <i>Pronombres</i>	
Gender identity (Identidad género): (Circle one)			
Male	Female	Trans male	Trans female
Gender non-conforming		Something else	
Declined			
Full Address: <i>Dirección</i>			
Email Address: <i>Correo electrónico</i>		Ok to send email for class cancelations & updates? Yes or No	
Mobile Phone <i>Celular</i>		Preferred method of contact: Email or Mobile Phone <i>Método preferido para contactarlo</i>	

EMERGENCY CONTACT CONTACTO DE EMERGENCIA

Name: <i>Nombre</i>		Relationship: <i>Relación</i>	
Phone Number: <i>Número de teléfono</i>		Email Address (optional): <i>Correo electrónico</i>	
Doctor/Health Care Provider: <i>Doctor/Proveedor médico</i>		Phone Number: <i>Número de teléfono</i>	
<p>If you received a physical outside of Mt. Sinai, bring a letter from your doctor stating that you have completed a physical within the last year. If you haven't completed a physical yet, you will need to get one within 3 weeks of starting Teen Fit.</p> <p><i>Si recibió un examen físico fuera del Mount Sinai, traiga una carta de su médico indicando que ha completado un examen físico el último año. Si aún no completó un examen físico, deberá obtener uno dentro de las 3 semanas posteriores al inicio de Teen Fit.</i></p>			

CHECK ALL THAT APPLY MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN

<input type="checkbox"/>	I have had a physical within the last year <i>He tenido un examen físico en el último año</i>	Date of physical: <i>Fecha de físico</i>
<input type="checkbox"/>	I have no allergies to medications <i>No tengo alergias a los medicamentos</i>	
<input type="checkbox"/>	I have allergies to: <i>Tengo alergias a:</i>	
<input type="checkbox"/>	I have no medical problems <i>No tengo problemas médicos</i>	
<input type="checkbox"/>	I have the following medical condition(s): <i>Tengo las siguientes condiciones médicas</i>	
<input type="checkbox"/>	I use the following medication(s): <i>Yo uso los siguientes medicamentos</i>	

WAIVER OF LIABILITY RESPONSABILIDAD DE EXENCIÓN

I know that participating in an exercise program is a potentially hazardous activity for certain individuals. I agree not to participate unless I am mentally able. I am voluntarily participating and I assume all risks associated with participation in this program. I grant to the Medical Director of this program and her designee access to my medical records and physicians, as well as other information, relating to medical care that may be administered to myself as a result of my participation in this program. Having read this Waiver and knowing these facts, I, waive and release Mount Sinai Hospital, 92 Street Y, and its representatives from present and future claims and liabilities of any kind, known or unknown, arising out of my participation in this program. *Sé que participar en un programa de ejercicios es una actividad potencialmente peligrosa para ciertas personas. Acepto no participar a menos que tenga capacidad mental. Estoy participando voluntariamente y asumo todos los riesgos asociados con la participación en este programa. Otorgo al Director Médico de este programa y a su designado acceso a mis registros médicos y médicos, así como otra información relacionada con la atención médica que pueda administrarse a mí mismo como resultado de mi participación en este programa. Después de leer esta Exención y conocer estos hechos, renuncio y libero el Hospital Mount Sinai, 92 Calle Y, y sus representantes de reclamos y responsabilidades presentes y futuros de cualquier tipo, conocidos o desconocidos, que surjan de mi participación en este programa.*

Signature of Patient (Firma del paciente)

For patients 18 years or older (Para pacientes mayores de 18 años)

Signature of Parent/Guardian (Firma del padre)

For patients 10 to 17 years old (Para pacientes 10 a 17 años)