



Numero de ID: \_\_\_\_\_

## La Comunidad de Protección del Corazón

### Un Acuerdo para Participar en la Protección del Corazón

La protección del Corazón en Nueva York esta ofreciendo un programa para estudiantes, atletas, y adultos jóvenes 12-24 de años. La información obtenida de los participantes será revisada por el personal medico en el evento. La identificación de la protección de los participantes y la información obtenida en la protección del programa será confidencial y disponible solamente a la Protección del Corazón

De Nueva York y a los médicos ayudando en el evento. En la protección del programa incluirá:

1. Preguntas del Historial Medico
2. Presión Alta
3. Examen Físico
4. Electrocardiograma (ECG-mide al corazón electrónicamente)
5. Ecocardiograma (Echo- es una foto al corazón por un electro sonido)

#### Análisis, Reporte y Colección de Datos

Los datos coleccionados relacionados a su corazón en día de la protección del corazón será revisada por el personal y los participantes en nuestro evento y tal vez será usado y acumulado en una forma (No nombres o edificaciones) como parte de una investigación de protección de los jóvenes del corazón. Usted comprenderá y proveerá permiso que la información coleccionada acerca de usted durante el proceso de la protección, incluyendo la información contenida en su historial medico del corazón y encuesta, será revisada por el personal medico incluyendo una investigación del estudio. El personal medico provee a usted con un sumario de los resultados de sus protección y será recomendada para una adicional evaluación a través de un seguimiento con los médicos o especialista.

Al estar de acuerdo en participar en el programa, y si ha indicado usted y ha dado permiso para la Protección del Corazón en Nueva York y por el personal medico ha proveído el resultado de la protección del Corazón a sus médicos, cardiólogos, y los que están inscriptos en la escuela. Usted autorizo a los médicos que compartan los resultados y los diagnósticos de las pruebas posteriores con la Protección del Corazón de Nueva York.

Por la presente daré permiso a las imágenes de mi hijo y/yo mismo, una protección joven del corazón a través de videos fotos o cámara digital, será usada solamente para el propósito promocional, material y publicaciones de Protección Corazón de Nueva York y ceder algunos derechos de compensación o posesión del mismo.

**Yo reconozco que Yo he leído el acuerdo de arriba para participar y comprender sus contenidos. Alguna pregunta será contestada para su satisfacción. Yo estoy de acuerdo de ser participantes en esta Protección del Corazón, y en conexión con lo mismo, Yo doy mi consentimiento de dar la información obtenida en conexión con la protección como lo describe arriba. Yo comprendo que la Protección del Corazón de Nueva York no dará información ni mi identidad a tercer individuo sin mi consentimiento. Yo comprendo que yo me retiro de la Protección del Corazón. Así mismo acepto y mantengo Protección del Corazón de Nueva York, a todos los doctores, técnicos, voluntarios, y otras personas entidades individuales y organizaciones inofensivas y renuncia a toda subrogación de los derechos contra la Protección del Corazón de Nueva York. And sus Directores, oficiales y voluntarios como respecto del proceso y resultados de este día realizado gratis para la prevención de la Protección del Corazón.**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

#### Paternal/Consentimiento del Guardián para los participantes menores de 18 años

**Como padre/Guardián del menor participante de arriba, yo doy mi consentimiento que he leído lo de arriba para participar y comprender su contenido. Alguna pregunta ha sido contestada para la satisfacción. Y doy mi permiso para mi hijo para participar en esta cardiovascular protección. Yo doy mi consentimiento de mi información en conexión con la protección arriba. Yo comprendo que la Protección del Corazón de Nueva York no será dada ni mi identificación a tercera personas sin mi consentimiento. Yo comprendo que Yo tal vez abandone mi niño para el seguimiento de la Protección del Corazón.**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de los Padres/Guardián



Numero de ID: \_\_\_\_\_

## Estudio de Salud del Corazón

---

### Información de Contacto

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Padre/Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

Padre/Correo electrónico del Guardián: \_\_\_\_\_

---

**Protección del Corazón esta proveyendo esta Protección del Corazón a no Costo o obligación.**

**Por Favor complete las siguientes preguntas relacionada del individuo que será examinado:**

**Datos Demográficos**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Raza/Orgen étnico: (Cheque todo lo que le aplica)

- Áfrico-Americano/Negro
- Caucásico/White
- Hispano/Latino
- Asiático/Isla del Pacifico
- Nacido en los Estados Unidos
- Otro: Por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Deportes y Actividad Física**

1) Usted hace deporte en una liga o realiza un deporte individual? Si No

Y si es si, en que Nivel: Club/Seleccionado Recreativo/Intramuros  
Escuela Secundaria Universidad Profesional

Y si es si, Que Deportes usted juega? (Chequee todo lo le Aplica)

- |  |  |                                       |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beisbol             | <input type="checkbox"/> Golf            | <input type="checkbox"/> Esquí        |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto          | <input type="checkbox"/> Gimnasia        | <input type="checkbox"/> Squash       |
| <input type="checkbox"/> Animadores          | <input type="checkbox"/> Hockey          | <input type="checkbox"/> Nadar/Bucear |
| <input type="checkbox"/> Cross Country       | <input type="checkbox"/> Lacrase         | <input type="checkbox"/> Tenis        |
| <input type="checkbox"/> Ciclismo            | <input type="checkbox"/> Artes Marciales | <input type="checkbox"/> Pista        |
| <input type="checkbox"/> Futbol              | <input type="checkbox"/> Remar           | <input type="checkbox"/> voleibol     |
| <input type="checkbox"/> Hockey sobre césped | <input type="checkbox"/> Rugby           | <input type="checkbox"/> Lucha        |
| <input type="checkbox"/> Esgrima             | <input type="checkbox"/> Futbol          | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Frisé               | <input type="checkbox"/> softbol         |                                       |

2) Cuantas veces a la semana hace actividad de ejercicios. Un promedio....(Chequee uno)

- Más de 10 Horas de ejercicios o actividad por semana
- 5-10 horas de ejercicios o actividad física por semana
- 2-5 horas de ejercicios o actividad física por semana
- Menos de 2 horas de ejercicio o actividad física por semana

**Historial Médico Pasado**

¿Usted tiene alguna enfermedad persistente?

Si       No

¿Y si es si, cual enfermedad?       Asma       ADHD       Diabetes       Presión Alta

Otra: \_\_\_\_\_

¿Usted está tomando medicamentos?       Si       No

¿Y si es si, que medicamentos? \_\_\_\_\_

Preguntas sobre la salud del Corazón	SI	No
1. ¿Usted tiene dolor al pecho cuando hace ejercicios?		
2. ¿Usted se ha desmayado durante o inmediatamente después de los ejercicios?		
3. ¿Tienes usted dificultades para respirar o una fatiga inexplicable durante el ejercicio que es nueva o empeorando?		
4. ¿Su corazón ritma (de repente o ritmo rápido) sin ninguna razón?		
5. ¿Su corazón ritma (de repente o ritmo rápido) sin ninguna razón?		
6. ¿Ha sido diagnosticado con: (Y si es, chequee todo lo que le aplica?)  <input type="checkbox"/> Presión Alta <input type="checkbox"/> Una infección al corazón  <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Otro problema del corazón  <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki		
7. ¿Algún Doctor Ha ordenado un examen al corazón? (Por ejemplo, ECG/EXG, o Echo cardiograma).		
8. ¿Alguien de su familia ha fallecido de problema del corazón antes de los 50 años?		
9. ¿Alguien de su familia ha fallecido de repente por una razón inexplicable antes de los 50 años (incluyendo síndrome de muerte de infantes (SIDS) sin explicación de accidente de carro o ahogo)?		
10. ¿Tiene usted en su familia algunas de las siguientes problemas médicos: Miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho,(ARVC), Síndrome de QT largo, QT corto, taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC), El síndrome de Brugada o el Síndrome del Marfan (Y si es si, por favor enciérrelo).		