



PASTE LABEL HERE

ANÁLISIS CARDIACA COMUNITARIA

ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL ANÁLISIS CARDIACO

Heart Screen New York está ofreciendo un programa para hacerle análisis cardiacos a estudiantes, atletas, y jóvenes de 12-25 años de edad. La información obtenida de los participantes será revisada por personal médico en el evento. Las identidades de los participantes e información obtenida por este programa se mantendrán confidencial y disponible solo a Heart Screen New York y los médicos asistiendo el evento. El programa de detección puede que incluya:

1. Cuestionario sobre su historial médico
2. Presión arterial
3. Examen físico
4. Electrocardiograma (ECG- mide la actividad eléctrica en el corazón)
5. Ecocardiograma (Echo- un ultrasonido/ecografía del corazón)

Recopilación de Datos, Análisis, y Reportaje

Los datos recopilados con relación a su análisis de detección cardiaca serán revisados por personal médico participando en nuestro evento y puede que sean usados en forma agregada (sin nombres ni modos de identificación) como parte de un estudio de investigación sobre análisis cardiacos de la juventud. Con aceptar su análisis de detección cardiaca, usted da permiso y entiende que la información recopilada sobre usted durante el proceso de detección, que incluye la información en su cuestionario de salud cardiaca, será revisada por personal médico y pueden ser incluidos en un estudio de investigación. Personal médico le proporcionará un resumen de los resultados de su análisis y puede que le recomienden evaluaciones adicionales con seguimiento a través de su doctor o especialista.

Con su acuerdo a participar en este programa, si así se indique, usted da permiso a que Heart Screen New York y personal médico comparta sus resultados de los análisis con su médico, cardiólogo, y escuela en la que esté matriculado. Usted autoriza su médico a compartir los resultados y diagnosis de cualquier análisis subsiguiente con Heart Screen New York. Yo por la presente doy permiso a que imágenes de mi y/o mi hijo/a, tomadas por video, foto, o con cámara digital durante un evento para análisis cardiaca sean usadas solo por Heart Screen New York para materiales promocionales o para ser publicadas, y renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad a ello.

Reconozco que he leído el acuerdo previo para participar y entiendo su contenido. Cualquiera preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy permiso para ser participante en este análisis cardiaco, y con respecto a ello, doy mi consentimiento para compartir información obtenida con respecto a los análisis mencionados previamente. Entiendo que Heart Screen New York no revelará mi identidad a un tercero sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirarme de los análisis. También acuerdo a mantener a Heart Screen New York, el Louis J. Acompora Memorial Foundation, el Dominic A. Murray 21 Memorial Foundation, todos los médicos, técnicos, voluntarios, y todas otras personas, entidades, individuos, y organizaciones indemne y renuncio a todos los derechos de subrogación contra Heart Screen New York, Louis J. Acompora Memorial Foundation, Dominic A. Murray 21 Memorial Foundation, y sus directores, oficiales, y voluntarios con respecto a los procesos y resultados del análisis de detección cardiaca ofrecida este día.

Fecha: _____

Firma del participante

Permiso del padre/tutor para participante con menos de 18 años de edad:

Como padre/tutor del dicho participante menor de edad, reconozco que he leído el acuerdo anterior para participar y entiendo su contenido. Cualquiera preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Doy permiso para que mi hijo/a participe en este análisis cardiaco. Doy mi consentimiento para compartir información con respecto a los análisis mencionados previamente. Entiendo que Heart Screen New York no revelará la identidad de mi hijo a un tercero sin mi permiso. Entiendo que puedo retirar a mi hijo/a de los análisis de detección o pruebas siguientes en cualquier momento sin penalidad.

Fecha: _____

Firma del padre/tutor



PASTE LABEL HERE

INFORMACION DE CONTACTO

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____

Dirección de hogar: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____

Por favor incluya cualquiera otra información que deberíamos saber: _____

Heart Screen New York está proporcionando este análisis de detección cardiaca gratis y sin obligación.

Se aprecian donaciones, pero no se esperan. Contribuciones ayudan a sufragar los costos de los análisis y financiar otros en el futuro. Se puede donar visitando al www.la12.org o a P.O. Box 767, Northport, NY 11768.

****Este análisis de detección no está diseñado para niños que ya hayan recibido una diagnosis de una condición cardiaca y reciben seguimiento de un cardiólogo. Esta detección está diseñada para detectar/identificar enfermedad cardiaca no diagnosticada y no debería ser un sustituto para una cita cardiaca o prueba de seguimiento.**