



503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN EXÁMENES DE DETECCIÓN CARDÍACA

Providence Heart Institute está ofreciendo un programa de exámenes de detección cardíaca para jóvenes de 12 a 18 años de edad. La información que se obtenga de los participantes será examinada por el personal médico del evento. La identidad de los participantes no se revelará y podrán verla solamente el personal de Providence Health & Services y el personal médico que participa en el evento. El programa de exámenes de detección cardíaca puede incluir:

1. Cuestionario sobre la historia médica
2. Medición de la presión arterial
3. Electrocardiograma (EKG/ECG)
4. Ecocardiograma - Ultrasonido del corazón (**si se considera necesario*)

La información que se obtenga a través de sus exámenes de detección cardíaca será examinada por el personal médico que participa en nuestro evento y podría utilizarse de manera agregada (sin nombres ni identificadores) como parte de un estudio de investigación sobre la detección de problemas cardíacos en los jóvenes. Si usted acepta someterse a los exámenes de detección cardíaca, comprende y acepta que la información que se obtenga a través de dichos exámenes, incluyendo la información que proporcione en el cuestionario médico, será examinada por el personal médico y podría utilizarse para fines de investigación. El personal médico le entregará un resumen de los resultados de sus exámenes de detección y podría recomendar evaluaciones adicionales y un seguimiento con su médico o un especialista.



Play Smart ID: _____

Consentimiento para participantes mayores de 18 años:

Confirmando que he leído el acuerdo de participación antes mencionado y comprendo su contenido. Mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en este programa de exámenes de detección cardíaca y, como consecuencia, doy mi consentimiento para que la información que se obtenga a través de dichos exámenes se revele de la manera descrita anteriormente. Comprendo que Providence Health & Services no revelará mi identidad a terceros sin mi autorización. Comprendo que tengo la opción de retirarme del estudio. Exonero de responsabilidad a Providence Health & Services, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y cualquier otra persona, entidad, individuo y organización; renuncio también a todo derecho de subrogación contra Providence Health & Services y sus directores, oficiales y voluntarios con respecto al proceso y los resultados de los exámenes gratuitos de evaluación cardíaca que se realicen hoy.

Providence se reserva el derecho a entregar una copia del cuestionario sobre la historia médica y el electrocardiograma del paciente a su médico de cuidado primario si lo considera necesario.

Fecha Nombre del participante en letra de molde Firma del participante

Consentimiento del padre/madre/tutor legal para participantes menores de 18 años:

Como padre/madre/tutor legal del participante menor de edad que se nombra, confirmo que he leído el acuerdo de participación y comprendo su contenido. Mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Autorizo la participación de mi hijo(a) en este programa de exámenes de detección cardiovascular. Doy mi consentimiento para que la información que se obtenga a través de dichos exámenes se revele de la manera descrita anteriormente. Comprendo que Providence Health & Services **no revelará** la identidad de mi hijo(a) a terceros sin mi autorización. Comprendo que en cualquier momento podré retirar a mi hijo(a) del programa de exámenes de detección o del seguimiento sin que nos penalicen. Exonero de responsabilidad a Providence Health & Services, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y cualquier otra persona, entidad, individuo y organización; renuncio también a todo derecho de subrogación contra Providence Health & Services y sus directores, oficiales y voluntarios con respecto al proceso y los resultados de los exámenes gratuitos de evaluación cardíaca que se realicen hoy.

Providence se reserva el derecho a entregar una copia del cuestionario sobre la historia médica y el electrocardiograma del paciente a su médico de cuidado primario si lo considera necesario.

Fecha Nombre del participante en letra de molde Firma del padre/madre/tutor legal

