



RENUNCIA Y LIBERACIÓN

Examen Cardíaco para AugustHeart

ACUERDO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO CARDIACO

ESTA NO ES AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DEPORTIVAS.

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino Femenino
Dirección: _____ Código Postal: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Nombre del padre/tutor: _____ Teléfono de casa: _____
Email del padre/tutor: _____ Celular del padre/tutor: _____

AugustHeart está ofreciendo estudios cardíacos gratuitos a los alumnos para identificar anomalías del corazón en un esfuerzo para reducir el riesgo de muerte súbita cardíaca. Muchas anomalías del corazón pueden potencialmente causar muerte súbita cardíaca y muchas de ellas se pueden detectar con un electrocardiograma y/o un ecocardiograma. Sin embargo, estos estudios no siempre detectan las anomalías cardiovasculares presentes y no todas las anomalías del corazón potencialmente fatales se pueden detectar con este estudio.

El Estudio Cardíaco para AugustHeart incluirá un Electrocardiograma modificado (ECG de 12 derivaciones – mide la actividad eléctrica en el corazón), y si es necesario un Ecocardiograma limitado (ECO de 2 dimensiones – una imagen de ultrasonido del corazón). El personal médico brindará una valoración de los datos (normales o anormales). Todos los datos recopilados relacionados con el estudio cardíaco serán revisados por un cardiólogo pediatra o de adulto certificado para asegurar su precisión. A cualquier alumno con un resultado anormal se le podrá ofrecer la oportunidad de someterse a una evaluación más completa para poder establecer un plan de cuidado. La identidad de los participantes y la información obtenida en el estudio permanecerá confidencial y disponible sólo para AugustHeart, los médicos que participan directamente con AugustHeart, y el personal atlético de la escuela.

Consentimiento del participante: Reconozco que he leído el acuerdo anterior y entiendo su contenido. Estoy de acuerdo en participar de manera voluntaria en este estudio cardíaco y solicito a los técnicos, asistentes técnicos, cardiólogos y otros proveedores del cuidado de la salud, a que administren, interpreten y comuniquen los resultados de mis estudios de ECG y procedimiento del ECO. Entiendo que estos procedimientos involucran el uso de tecnología de imagen cardíaca y de detección eléctrica cardíaca. Entiendo que no se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados o precisión el estudio de ECG y procedimiento del ECO. Entiendo que este estudio puede no ser suficiente para un diagnóstico y que puede requerirse otro(s) procedimiento(s) en caso de encontrar alguna anomalía en el estudio de ECG y/o procedimiento del ECO. Entiendo también que con una evaluación más extensa, una posible anomalía en el estudio inicial puede o no confirmar que realmente existe dicha anomalía. Doy permiso a AugustHeart y al personal médico para entregar la información obtenida en relación con el estudio al personal atlético de mi escuela conforme lo establecido anteriormente. Entiendo que AugustHeart no divulgará mi identidad a ningún tercero sin mi consentimiento. Acepto también eximir de responsabilidad a AugustHeart, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y toda otra persona, entidad, individuo y organización y renuncio a todos los derechos de subrogación contra AugustHeart y sus médicos, funcionarios y voluntarios en lo que respecta al proceso y resultado de este estudio cardíaco gratuito.

Firma del participante _____ Fecha: ____/____/____

Consentimiento del Padre/Tutor para Participantes menores de 18 años: Como padre/tutor del participante menor de edad mencionado anteriormente, reconozco haber leído el acuerdo anterior para la participación y que entiendo su contenido. Cualquier duda me ha sido aclarada a mi satisfacción. Estoy de acuerdo con a todos los términos del consentimiento anterior en nombre de mi participante menor de edad. Asimismo, otorgo permiso para que mi hijo(a) participe en este estudio cardiovascular. Doy permiso a AugustHeart y al personal médico de liberar información obtenida en relación al estudio al personal atlético de mi escuela y de otra forma como se establece en lo anterior. Entiendo que AugustHeart no revelará la identidad de mi hijo a ningún tercero sin mi consentimiento.

Firma del padre/tutor _____ Fecha: ____/____/____

www.AugustHeart.org

Los estudios de AugustHeart se ofrecen en forma gratuita.
AugustHeart (210) 841-9207, o bien, info@augustheart.org