

ID number: _____

Completado por Providence



503-216-2088 • www.PlaySmartGetScreened.org

ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL EXAMEN DEL CORAZÓN

Providence Heart and Vascular Institute ofrece exámenes cardiacos para las edades de los jóvenes 12-18. La identidad de los participantes del examen será confidencial y sólo está disponible a Providence Health & Services y el personal médico que ayuda en el evento. Los exámenes pueden incluir los siguientes:

1. Cuestionario de salud del corazón
2. Lectura de la presión arterial
3. Electrocardiograma (ECG)
4. Ecocardiograma (una imagen de ultrasonido del corazón)

Los datos relacionados con su examen del corazón serán revisados por el personal médico que participan en nuestro evento. También se puede utilizar en una forma agregada (sin nombres o identificadores) como parte de un estudio de investigación sobre exámenes cardiacos para los jóvenes. Al aceptar el examen del corazón, usted entiende y da permiso de que la información recopilada acerca de usted durante el proceso del examen, incluyendo la información contenida en el cuestionario de salud del corazón, serán revisados por el personal médico.

El personal médico proporcionará un resumen de los resultados del examen y podrá recomendar una evaluación adicional a través de un seguimiento con su médico. Al aceptar participar en el examen, le da permiso a Providence y al personal médico para proporcionarle los resultados de la prueba a su médico.

El consentimiento para los participantes de 18 años de edad

Yo reconozco que he leído el acuerdo de arriba y entiendo su contenido. Cualquier pregunta ha sido contestada a mi satisfacción. Estoy de acuerdo en ser un participante en esta prueba de detección del corazón, y en relación con la misma, doy mi consentimiento para la divulgación de la información obtenida en relación con el examen como se describió arriba.

Entiendo que Providence Health & Services no revelara mi identidad a cualquier tercera parte sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirarme del examen. También estoy de acuerdo en que Providence, todos los médicos, los técnicos, voluntarios y todas las demás personas, las entidades y organizaciones de toda responsabilidad y renuncia a todos los derechos de subrogación contra Providence y sus directores, funcionarios y voluntarios en relación con el proceso y los resultados de esta evaluación de corazón gratis.



Yo autorizo a Providence para proporcionar una copia de la evaluación a mi médico en la siguiente dirección:

Fecha

Nombre escrito del participante

Firma del participante

Consentimiento del padre/tutor para participantes menores de 18 años

Como padre o tutor del menor participante, reconozco que he leído el acuerdo de arriba para participar y comprendo su contenido. Las preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Yo doy permiso para que mi hijo participe en esta evaluación del corazón. Doy mi consentimiento para la divulgación de información en relación con el examen como se describió arriba.

Entiendo que Providence Health & Services no revelará la identidad de mi hijo con ninguna tercera parte sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirar a mi hijo del examen o seguimiento en cualquier momento sin penalización. También estoy de acuerdo en tomar a Providence Health & Services, todos los médicos, los técnicos, voluntarios y todas las demás personas, entidades y organismos inofensivos y renuncio a todos los derechos de subrogación contra Providence Health & Services y sus directores, funcionarios y voluntarios en relación con el proceso y los resultados de esta evaluación de corazón gratis.

Yo autorizo a Providence en proporcionar una copia de la evaluación de mi hijo a su médico en la siguiente dirección:

Nombre escrito del participante

Fecha

Nombre escrito del padre/tutor

Firma del padre/tutor