

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PARTICIPACIÓN PREVIA DE UN CHEQUEO CARDIOVASCULAR

Nombre del Paciente

SOLICITUD Y PERMISO PARA UN CHEQUEO CARDIOVASCULAR

1. **Permiso.** Por este medio solicito y autorizo a Saint Barnabas Medical Center y a sus empleados, personal médico y agentes (colectivamente, "SBMC") para realizar un chequeo cardiovascular (el "Chequeo") de mi persona (mi hijo/a). Entiendo que dicho Chequeo involucrará tomar un historial médico resumido enfocado en la salud cardíaca y la interpretación de un ECG. De acuerdo a este Chequeo, me pueden mandar (o a mi hijo/a) a un especialista para más pruebas. También entiendo que hay otras pruebas de chequeo más avanzadas que podrían realizarse, como ecocardiogramas y pruebas de ejercicio, pero no se realizarán como parte del Chequeo, y deberé discutir la necesidad de un chequeo más avanzado con mi médico (con el de mi hijo/a). Entiendo que en ningún caso me tratarán (a mi hijo/a) por alguna afección, me darán un diagnóstico definitivo o me darán recomendaciones con respecto a continuar participando en deportes o eventos atléticos únicamente en base al Chequeo.
2. **Objetivos del Chequeo.** En un número muy limitado de ocasiones, los individuos que participan en eventos deportivos y atléticos tienen unos factores de riesgo específicos que predisponen a dichos individuos a paros cardíacos o a una muerte súbita durante, o inmediatamente después de dichas actividades atléticas (el "Factor de Riesgo Específico"). Entiendo que el objetivo del Chequeo es evaluar si yo (mi hijo/a) puede requerir pruebas cardiovasculares adicionales o una intervención para identificar un Factor de Riesgo Específico. Entiendo que el Chequeo no es ni un examen exhaustivo, ni un visto bueno médico para la participación en dichos eventos deportivos o atléticos, y yo (mi hijo/a) no seré evaluado para otras afecciones que no están relacionadas a mi función cardíaca (de mi hijo/a). Entiendo que, a pesar que yo (mi hijo/a) participe en el Chequeo, deberé consultar con mis médicos (los de mi hijo) si pienso (mi hijo/a) participar en cualquier deporte o actividad atlética. Además, si tengo alguna inquietud con respecto a mi condición física (la de mi hijo), yo (mi hijo/a) debo buscar evaluación médica adicional y tratamiento.
3. **Riesgos Inherentes.** Además entiendo que existen riesgos inherentes en participar en deportes y otros eventos atléticos y la participación en el Chequeo no reducirá los riesgos inherentes asociados con los deportes o los eventos atléticos. Además, el Chequeo no reduce el riesgo asociado con tener un Factor de Riesgo Específico, y por lo tanto, aunque el Chequeo lleve a una remisión, puede ocurrir un paro cardíaco o la muerte, ya sea participando o no en deportes u otros eventos atléticos.
4. **Otras Causas.** Existen otras posibles causas de paro cardíaco y muerte súbita en atletas no relacionadas con Factores de Riesgo Específicos, incluyendo, sin limitación, el uso de drogas ilícitas, trastornos alimenticios y accidentes. Entiendo que el Chequeo no está diseñado para identificar todas las otras causas de paro cardíaco o muerte súbita, y por lo tanto, si alguna de estas otras causas ocurre o están presentes, yo (mi hijo/a) estoy (está) en riesgo de daño físico o lesión, incluyendo la muerte súbita, a pesar que el Chequeo no identifique dichos problemas. Entiendo que debo discutir estas otras causas con mi médico (el de mi hijo/a) quien me puede aconsejar con respecto a la evaluación y el tratamiento, como sea necesario.

5. **Explicación del Chequeo.** Se me ha explicado el(los) procedimiento(s) involucrado en el Chequeo y me han proporcionado la información necesaria para que yo evalúe los riesgos y los beneficios del Chequeo propuesto. También he recibido información respecto a: (a) la naturaleza y el propósito del Chequeo; (b) alternativas al Chequeo, como también los riesgos relevantes y los beneficios de dichos procedimientos alternos; (c) las consecuencias clínicas si elijo no hacer el Chequeo; (d) los beneficios potenciales y los posibles riesgos, efectos secundarios y complicaciones asociadas con el Chequeo; y (e) la probabilidad de lograr las metas del Chequeo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y me han contestado todas mis preguntas satisfactoriamente.

6. **Sin Garantías.** Estoy consciente que hay ciertos riesgos y peligros relacionados con cualquier tratamiento o chequeo que puede resultar en complicaciones u otras consecuencias. También sé que nadie puede predecir con certeza los resultados de un tratamiento médico o chequeo porque la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que no me han asegurado o garantizado nada con respecto a mi Chequeo (el de mi hijo/a). Entiendo que este Chequeo solo puede identificar un número limitado de Factores de Riesgo Específicos asociados con problemas cardíacos y que existen otros síntomas y Factores de Riesgo Específicos que no se pueden identificar con el Chequeo. Por lo tanto, a pesar de los resultados del Chequeo, no hay garantía que yo (mi hijo/a) no tenga un Factor de Riesgo Específico. Estoy consciente que pueden desarrollarse Factores de Riesgo Específicos imprevistos después del Chequeo, particularmente en adolescentes, y si yo (mi hijo/a) está en la secundaria, yo (mi hijo/a) debo repetir el Chequeo por lo menos cada dos años (y cada 3 a 4 años para individuos de edad universitaria) o antes si se desarrolla o se manifiesta algún síntoma. Entiendo que durante el curso del Chequeo, se pueden identificar problemas adicionales (aunque no hay garantía que todas y cada una de las afecciones que están presentes serán identificadas).

7. **Entendimiento de este Documento.** Confirmando que he leído y entiendo lo anterior y que todos los espacios en blanco se han llenado antes de firmarlo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas se han contestado a mi satisfacción.

Paciente/Pariente

o Tutor: _____
 Firma

 Escriba el nombre en letra de molde

 Fecha

Parentesco si la firma no es del paciente: _____

Testigo/Intérprete: _____
 Firma

 Escriba el nombre en letra de molde

 Fecha