



Nicklaus Children's Hospital

Iniciativa de EKG de Nicklaus Children's Hospital Información del Paciente

Lugar de Servicio: MCH Main, Palmetto Bay, West Kendall, Doral, Aventura
 Miami Lakes Midtown, Miramar, Palm Beach, West Bird, Boynton Beach
 Pinecrest Hialeah, Homestead Otro: _____

Nombre del Paciente: _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Raza: Asiático(a)

Dirección: _____ Afroamericano(a)

Ciudad y Estado: _____ Caucásico(a)

Código Postal: _____ Hispano(a)

Teléfono: _____ Otro: _____

Celular: _____

Médico Primario o Pediatra: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Deporte: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Información de Padres/Tutores Legales

Madre: _____

Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Teléfono: _____

Celular: _____

Celular: _____

Contact Information

Contacto Primario: Hogar Mama Cell Papa Cell

Contacto Secundario: Hogar Mama Cell Papa Cell

Correo Electronico: _____



**FORMULARIO DE EVALUACIÓN SOBRE REVISIÓN DE
ELECTROCARDIOGRAMAS DE NICKLAUS CHILDREN'S HOSPITAL**

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historial Médico Pasado	Si	No
1. ¿Alguna vez su hijo(a) se ha desmayado o perdido el conocimiento durante o después de hacer ejercicio, de experimentar emoción o susto?		
2. ¿Su hijo(a) ha tenido dificultad extrema para respirar durante el ejercicio?		
3. ¿Su hijo(a) ha experimentado fatiga extrema relacionada con el ejercicio (diferente a otros niños)?		
4. ¿Su hijo(a) ha tenido malestar, dolor, o presión en su pecho durante el ejercicio?		
5. ¿Alguna vez su doctor ha ordenado una prueba para el corazón de su hijo(a)?		
6. ¿Su hijo(a) ha sido alguna vez diagnosticado(a) con algún trastorno de ataques inexplicados?		
7. ¿Su hijo(a) ha sido alguna vez diagnosticado(a) con asma causada por ejercicio, que no ha sido bien controlada con medicamentos?		

Historial Médico Familiar	Si	No
1. ¿Hay algunos familiares que hayan tenido una muerte repentina, inesperada, inexplicada antes de los 50 años? (incluyendo SIDS – síndrome de muerte súbita infantil, accidente automovilístico, ahogo, otros)		
2. ¿Hay algunos familiares que hayan muerto repentinamente de "problemas del corazón" antes de los 50 años?		
3. ¿Hay algunos familiares que han tenido desmayos o ataques inexplicados?		
4. ¿Hay algunos familiares con determinadas condiciones, como:		
Corazón Agrandado: Cardiomiopatía Hipertrófica (HCM por sus siglas en Inglés)		
Cardiomiopatía Dilatada (DCM por sus siglas en Inglés)		
Problemas de Ritmo Cardíaco: Síndrome de QT Largo (LQTS por sus siglas en Inglés)		
Síndrome de QT Corto		
Síndrome de Brugada		
Taquicardia Ventricular Catecolaminérgica		
Displasia Arritmogénica del Ventrículo Derecho (ARVD por sus siglas en Inglés)		
Síndrome de Marfan (ruptura aórtica)		
Ataque cardíaco, a los 50 años o menos		
Marcapasos or desfibrilador implantado		
Sordo(a) de nacimiento (sordera congénita)		

Por favor explique preguntas contestadas con un "si":

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA REVISIÓN DE ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)
Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Un Electrocardiograma ("ECG"), comúnmente referido como un EKG es una prueba que detecta problemas con la actividad eléctrica del corazón. Registra la actividad eléctrica del corazón en líneas impresas en papel. Una revisión de ECG puede ayudar a identificar a atletas jóvenes con riesgo de sufrir muerte cardíaca súbita, una condición que resulta en muerte por una pérdida repentina de la función cardíaca, y por lo tanto puede ayudar a diagnosticar algunas condiciones cardíacas diferentes que pueden contribuir a la muerte cardíaca súbita.

Al firmar a continuación, estoy eligiendo o rechazando una revisión de ECG para mi hijo(a) ofrecida por Nicklaus Children's Hospital. Al escoger el recibir una revisión de ECG, confirmo las limitaciones de la revisión de ECG y entiendo que, a pesar de esta revisión, la muerte cardíaca súbita aún puede ocurrir. También entiendo que pueden haber otras condiciones o anomalías no reflejadas en el ECG. Yo reconozco además que estudiantes que presentan una revisión anormal de ECG podrán requerir pruebas adicionales (por ejemplo, ecografía o ultrasonido) y/o una consulta médica antes de permitirles participar en actividades deportivas o deportes escolares. Los resultados de las revisiones de ECG serán interpretados por un Cardiólogo de Nicklaus Children's Hospital y los resultados serán enviados por correo a la dirección domiciliar del paciente. El Departamento de Cardiología de Nicklaus Children's Hospital dará seguimiento a resultados positivos con el padre/madre en las siguientes 72 horas. Yo también entiendo que los resultados están disponibles en el Departamento de Registros Médicos de Nicklaus Children's Hospital. **Para asegurarme de que el representante escolar de mi hijo(a) (maestro, director atlético o administrador) está consciente de su elegibilidad para participar en actividades atléticas auspiciadas por la escuela, por la presente autorizo a Nicklaus Children's Hospital a compartir los resultados del ECG de mi hijo(a) con el representante apropiado de la escuela de mi hijo(a).**

Yo entiendo que cualquier cuidado de seguimiento, tratamiento y/o procedimientos para mi hijo(a), así como cualquier costo de cuidados de seguimiento adicionales, tratamientos y/o procedimientos son mi responsabilidad y no la responsabilidad de Nicklaus Children's Hospital ni de los médicos que evalúan el ECG de mi hijo(a).

Al firmar debajo, por la presente libero y exonero para siempre, y renuncio a cualquiera y todas las reclamaciones contra Nicklaus Children's Hospital, sus empleados, médicos, administradores, directores, consultores y contratistas y cualquiera y todas las personas relacionadas a la elección de mi hijo(a) en referencia y/o participación en la revisión de ECG, y autorizo al personal médico a realizar el ECG, revisar los resultados del ECG, e interpretar y usarlos para fines de diagnóstico de acuerdo a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 y otras leyes estatales.

Yo certifico que he leído y entiendo completamente el Consentimiento y Liberación de Responsabilidad anteriormente mencionado y que todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Por favor señale y llene sólo UNO de los cuadros debajo:

Yo rechazo la participación en la revisión del ECG en mi nombre o en el de mi hijo(a) menor.	
_____	X
Nombre del Padre/Tutor Legal en letra de imprenta	Firma
_____	_____
Fecha	Nombre del Niño(a) en letra de imprenta

Yo acepto la participación en la revisión del ECG en mi nombre o en el de mi hijo(a) menor.	
_____	X
Nombre del Padre/Tutor Legal en letra de imprenta	Firma
_____	_____
Fecha	Nombre del Niño(a) / (Nombre de la Escuela) en letra de imprenta
_____	Fecha de Nacimiento
Dirección	

Ciudad/Código Postal	

Teléfono de Casa	Teléfono de Trabajo
_____	Teléfono Celular
Teléfono Celular	

Marque con un círculo el/los deporte(s) en que planea participar:	
Béisbol	Básquetbol
Fútbol	Sóftbol
Lucha Libre	Porras
Bolos	Natación y Clavados
Danza	Tenis
Carrera de Larga Distancia	Lacrosse
Fútbol Americano	Polo Acuático
Golf	Voleibol