



Los padres deben completar estos formularios y regresar al departamento de atletismo antes de la participación.

ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

(Ubicaciones, fechas y horas en la parte posterior. NO ECG se dará en las escuelas intermedias)

Un examen de ECG (a veces también conocida como EKG) puede ayudar a identificar atletas jóvenes que están en riesgo de muerte cardíaca súbita, una condición donde la muerte resulta de una pérdida abrupta de la función cardíaca. Un examen de ECG puede ayudar en el diagnóstico de varias condiciones cardíacas diferentes que pueden contribuir a la muerte cardíaca súbita.

El examen se realizará **sin costo** para el padre o el estudiante. Al firmar abajo, estoy eligiendo o rechazando un examen de ECG proporcionada por el Distrito Escolar Independiente de Pasadena para mi hijo/a. Al elegir recibir un examen de ECG, reconozco las limitaciones de un examen de ECG y que la muerte súbita cardíaca **todavía puede ocurrir, a pesar de este examen**. Además, reconozco que los estudiantes con un examen de ECG irregular serán requeridos a realizar pruebas adicionales (es decir, un eco o ultrasonido) y / o una consulta médica antes de ser liberados para reanudar la participación a las actividades de Pasadena ISD **a expensas del padre o tutor**. No se darán resultados en el día del examen. Todos los resultados serán revisados e informados directamente al departamento atlético dentro de 2 semanas.

Por mi firma abajo, por la presente libero y descargo para siempre y renuncio a todas y cada una de las reclamaciones contra el Distrito Escolar Independiente de Pasadena, sus empleados, fideicomisarios, consultores y contratistas que se relacionan con la elección del estudiante y / o participación en el proyecto del examen ECG , y autorizar al personal médico a revisar los resultados del ECG e interpretar y usar el mismo para propósitos estadísticos de diagnóstico y agregados además de otra documentación médica archivada en el distrito escolar y de acuerdo con la Ley de Derechos de Privacidad Educativa Familiar Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de 1996.

Yo, el padre de _____ en este día _____ / _____ / 20____:

YO DOY consentimiento para participar en el examen de ECG en nombre de mi hijo menor.

YO DECLINO la participación en el examen de ECG en nombre o en el de mi hijo menor.

Nombre del Padre/Guardián Firma del Padre/Guardián Dirección de Correo Electrónico del Padre / Tutor @ _____

Dirección: Ciudad Código Postal Teléfono

Demografía del atleta:

Etnicidad: Caucásico Hispano Afroamericano Asiático Otro _____

Estudiante # ID _____ Grado: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Sexo: Masculino Femenino Estatura: _____ Peso: _____

Escuela de Matricula: Dobie Memorial Pasadena Rayburn South Houston

En el día de la prueba, pedimos a todas las mujeres que usen un sostén deportivo y una camiseta o camisa con botones. Por favor abstenerse de cafeína el día de la prueba. Además, todos los estudiantes deberán traer su identificación de estudiante el día de la prueba.

This section to be completed by Athletic Trainer

DATE ECG COMPLETED

_____/_____/_____



Pasadena ISD
Autorización para divulgar información médica

La Ley de Derecho a la Privacidad de la Educación Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que regula la divulgación de los registros educativos del estudiante, incluyendo información personal identificable (nombre, dirección, número de seguro social, etc.). La información médica se considera una parte del expediente educativo de un estudiante atleta.

Esta autorización permite que los médicos divulguen a las partes autorizadas información sobre mi estado médico, condición médica, lesiones, pronóstico, diagnóstico e información personal de salud identificable al personal autorizado siguiente: los entrenadores atléticos, los médicos del equipo y el personal atlético (incluyendo entrenadores) de Pasadena ISD. Esta información incluía lesiones o enfermedades relacionadas con la participación pasada, presente o futura en atletismo.

El propósito de una divulgación es informar a las partes autorizadas de la naturaleza, diagnóstico, pronóstico o tratamiento de mi condición médica y de cualquier lesión o enfermedad. Entiendo que una vez que se divulga la información, está sujeta a nueva revelación y ya no está protegida.

Entiendo que Pasadena ISD no recibirá compensación por su divulgación de la información. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi rechazo a firmar no afectará mi capacidad para obtener tratamiento. Puedo inspeccionar o copiar cualquier información revelada bajo esta autorización.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento proporcionando notificación por escrito al entrenador atlético principal de la escuela secundaria respectiva. Entiendo que la revocación no tendrá ningún efecto en las acciones que Pasadena ISD ha tomado en dependencia de esta autorización antes de recibir la revocación. Esta autorización expira seis años a partir de la fecha de su firma.

Identificación del Estudiante # _____

Imprimir Nombre del Estudiante: _____

Firma del Estudiante: _____

Imprimir nombre de los Padres/Guardián: _____

Firma de los Padres/Guardián: _____

Fecha: ____/____/____

Ubicación, Fechas y Horarios

(Los estudiantes de octavo grado pueden asistir a uno de estos exámenes)

Marzo 29	Rayburn	10:30-3:30
Abril 26	Pasadena	10:30-3:30
Abril 27	South Houston	10:00-3:00
Mayo 10	Memorial	10:00-3:00
Mayo 24	Dobie	1:00-4:00