**Traumatismo Craneal**

**Debe presentar este formulario firmado al momento de la prueba.**

**Permiso y exención para la prueba**

**I. Participación voluntaria**

Yo, el suscrito (*favor de marcar uno*) **□**Otorgo el permiso,**□** NO otorgo el permiso para que mi hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_, participe de manera voluntaria en la Prueba de prevención de Traumatismo Craneal (TBI por sus siglas en inglés) para la cual mi hijo(a) habrá entregado un formulario con el historial médico, y se someterá a las pruebas de Imagen de resonancia magnética (MRI por sus siglas en inglés), una Espectroscopia de resonancia magnética (MRS por sus siglas en inglés) y una Imagen con tensor de difusión (DTI por sus siglas en inglés). El suscrito reconoce y está de acuerdo que la participación en la Prueba TBI es completamente voluntaria y que es la decisión del suscrito que mi hijo(a) participe en esta Prueba TBI. La MRI es una prueba segura y no invasiva que obtiene imágenes detalladas de sus órganos y tejido. “No invasiva” significa que no se hace ninguna cirugía y que ningún instrumento penetra en su cuerpo. La MRI utiliza ondas de radio, imanes y computadora para crear las imágenes de sus órganos y tejido. Una Espectroscopia de resonancia magnética – MRS- es una serie de pruebas de diagnóstico no invasivas que se incorporan al escáner de la MRI para medir los cambios bioquímicos del cerebro. Una MRS arroja un perfil de la química del cerebro, y puede comparar la composición química entre el tejido normal del cerebro y el tejido anormal del cerebro. La DTI se agrega al escáner del MRI y se utiliza para mostrar si hay destrucción del tejido en la sustancia blanca del cerebro resultado de una lesión.

**□**Acompañaré a mi hijo(a) a la prueba

**□** Otorgo el permiso a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_para que acompañe a mi hijo(a) a la prueba.

**II. Asunción del riesgo, liberación de responsabilidad y exención**

Esta información contenida en los formularios adjuntos es, según mi leal saber, completa y correcta. Entiendo que el hallar un riesgo menor en las pruebas que se realizarán no es una garantía de buena salud y que la participación en este programa no puede sustituir una consulta con un médico u otro profesional de la medicina para cualquier afección médica o de salud relacionada o para chequeos médicos regulares.

Entiendo y reconozco que la información que reciba de esta prueba debe considerarse preliminar solamente y no constituye un diagnóstico de la salud o afección de salud de mi hijo(a). Esta prueba no tiene la intención de sustituir los chequeos regulares con el médico de mi hijo(a). Además entiendo y reconozco que lo más pronto posible yo u otro padre de familia/tutor legal debe hablar con el médico de cabecera de mi hijo(a) acerca de cualquier resultado anormal. Yo u otro padre de familia/tutor legal debe asegurarse que cualquier resultado anormal de la **Prueba Cardiaca** sea confirmado por un médico, antes de considerar un diagnóstico o tratamiento.

Reconozco que voluntariamente estoy permitiendo a mi hijo(a) participar en la **Prueba Cardiaca** y que es mi decisión permitir que mi hijo participe en esta prueba. Tengo entendido que la institución *Huntington Medical Research Institutes Magnetic Resonance Spectroscopy* (HMRI MRS por sus siglas en inglés) o la escuela de mi hijo informarán formalmente al padre de familia/tutor legal acerca de cualquier resultado irregular o anormal en la prueba.

**Iniciales del padre de familia/tutor legal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Toda la información de carácter medico que se obtenga por la participación de mi hijo(a) en este programa será confidencial y no se utilizará o mantendrá en el distrito escolar. HMRIMRS puede recibir, usar, y compartir la Información Protegida de su Hijo(a) con otros investigadores, o como lo requiere la ley, con representantes de organismos gubernamentales y otros que pudieran requerirla para propósitos de investigación de salud. Se quitará el nombre de su hijo(a) o cualquier otra información que pudiera utilizarse para identificarlo(a).*

**El/los suscrito(s) indica(n) que ha(n) leído detenidamente y entiende en su totalidad cada uno de los términos, las condiciones y los párrafos de las estipulaciones que este documento contiene.**

FECHA DE LA PRUEBA NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE MOLDE) FECHA DE NACIMIENTO INDICAR LA ESCUELA A LA QUE ASISTE

PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL (LETRA DE MOLDE) FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL

DIRECCIÓN DEL HOGAR CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO TELEFÓNICO NÚMERO ALTERNO/ NÚMERO CELULAR

PEDIATRA O MÉDICO DE CABECERA NÚMERO TELEFÓNICO



**Huntington Medical Research Institutes Magnetic Resonance Spectroscopy Facility**

**10 Pico, Pasadena CA 91105 (626) 397-5840**