



503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

The goal of Play Smart™ is to screen young people for serious cardiovascular abnormalities that might otherwise not be identified in typical pediatric evaluations. No screening program will identify all abnormalities.

The American Heart Association Recommendations for Preparticipation Cardiovascular Screening of Competitive Athletes include a screening questionnaire and a physical examination to identify aspects of a person's health that could potentially signal a cardiovascular problem. Symptoms and physical examination findings may include chest pain/discomfort with exertion, unexplained fainting or near-fainting, particularly during or immediately after exercise, excessive and unexplained fatigue associated with exercise, a heart murmur, and/or high blood pressure. A family history of sudden cardiac death, unexplained death of younger individuals, or specific structural or electrical cardiac abnormalities may also be associated with an increased risk. Any of these signs or symptoms as well as a concerning family history should be discussed with your primary care provider apart from this screening to determine any additional appropriate evaluation and/or treatment.

Please complete the questionnaire on the next page. At a Play Smart™ screening, we will check your height and weight, your blood pressure will be measured, and an electrocardiogram (ECG/EKG) will be performed. A copy of your electrocardiogram will be given to you after the screening. **You will receive a secure Providence email with your results within two weeks of your screening.**

Depending on your results, you may be recommended to schedule a free screening ultrasound of your heart (echocardiogram) or follow up with your primary care provider. If you do undergo a screening echocardiogram and it is abnormal, we will provide you with a digital copy of your ultrasound test to share with your doctor. **We will not contact your school or physician with your screening results – all screening results are sent to the participant's family.**

FOR OFFICE USE ONLY

Play Smart ID: _____ BP: _____ Height: _____ Weight: _____

STUDENT NAME: _____

First Last (Legal Name Please – No Nicknames)

Male Female Date of birth: ____/____/____ Age: _____ Grade: _____
mm/dd/yyyy

Check all that apply:

- African-American/Black Caucasian/White Native American
 Asian/Pacific Islander Hispanic/Latino South Asian
 Other (please specify): _____

(1) Where do you go to school? _____ Not applicable

(2) Do you either play on an organized sports team or participate in an individual sport? Yes No

If yes, what level: Recreational/intramural Club/Select School College Professional

(3) On average, how many hours of exercise or physical activity do you get each week? (Check one)

- More than 10 5-10 2-5 Fewer than 2

(4) How did you hear about Play Smart™?

Family, friend, co-worker: _____ Physician (name): _____
School, school staff (which?): _____ Coach, team (name): _____
TV, radio, internet, newspaper, mailer, flyer (which?): _____ Other: _____

PARENT/GUARDIAN NAME: _____

Parent/Guardian email address: _____

Home phone: (____) _____ - _____ Mobile phone: (____) _____ - _____

Street address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

(Physician Information Optional)

PHYSICIAN NAME: _____ No specific physician

Physician address: _____

City: _____ State: _____ ZIP: _____

Physician Phone: (____) _____ - _____



503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

AGREEMENT TO PARTICIPATE IN HEART SCREENING

Providence Heart Institute is offering a heart screening program for youth, ages 12-18. The information obtained from participants will be reviewed by medical personnel at the event. The identity of the screening participants will remain confidential and available only to Providence Health & Services and the medical personnel helping at the event. The heart screening may include:

1. Medical History Questionnaire
2. Blood Pressure Reading
3. Electrocardiogram (EKG/ECG)
4. Echocardiogram – Ultrasound picture of the heart (**if necessary*)

The data collected related to your heart screen will be reviewed by medical personnel participating in our event and may be used in an aggregate form (no names or identifiers) as part of a research study on heart screening in the young. In agreeing to your heart screen, you understand and provide permission that the information collected about you during the screening process, including the information contained in your medical questionnaire, will be reviewed by medical personnel and can be used for research purposes. Medical personnel will provide you with a summary of the results of your screening and may recommend additional evaluation and follow-up with your physician or a specialist.



Play Smart ID: _____

Consent for Participants Age 18:

I acknowledge that I have read the above agreement to participate and understand its contents. Any questions have been answered to my satisfaction. I agree to be a participant in this heart screening, and in connection therewith, I consent to the release of information obtained in connection with the screening as described above. I understand that Providence Health & Services will not disclose my identity to any third party without my consent. I understand that I may withdraw from the screening. I further agree to hold Providence Health & Services, all physicians, technicians, volunteers, and all other persons, entities, individuals and organizations harmless and waive all subrogation rights against Providence Health & Services and their directors, officers and volunteers as respects process and results of this free heart screening performed on this day.

If necessary, Providence reserves the right to provide a copy of the patient's medical history questionnaire and electrocardiogram to the patient's primary physician.

Date Printed Name of Participant Signature of Participant

Parental/Guardian Consent for Participants Under the Age of 18:

As parent/guardian of the named minor participant, I acknowledge that I have read the agreement to participate and understand its contents. Any questions have been answered to my satisfaction. I grant permission for my child to participate in this cardiovascular screening. I consent to the release of information in connection with the screening as described. I understand Providence Health & Services will **not** disclose my child's identity to any third party without my consent. I understand that I may withdraw my child from the screening or follow-up at any time without penalty. I further agree to hold Providence Health & Services, all physicians, technicians, volunteers, and all other persons, entities, individuals and organizations harmless and waive all subrogation rights against Providence Health & Services and their directors, officers and volunteers as respects process and results of this free heart screening performed on this day.

If necessary, Providence reserves the right to provide a copy of the patient's medical history questionnaire and electrocardiogram to the patient's primary physician.

Date Printed Name of Participant Signature of Parent/Guardian





503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

Play Smart™ se utiliza para examinar a personas jóvenes a fin de detectar anomalías cardiovasculares graves que podrían no observarse en evaluaciones pediátricas típicas. Ningún programa de detección identifica todas las anomalías.

Las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón para realizar exámenes de detección cardiovascular en atletas antes de su participación en competencias incluyen un cuestionario de detección y un examen físico cuya finalidad es identificar aspectos de la salud que podrían indicar un problema cardiovascular. Tanto los síntomas como los hallazgos del examen físico pueden incluir dolor/molestia en el pecho al realizar esfuerzos, desmayo o desvanecimiento inexplicable, particularmente durante o inmediatamente después de hacer ejercicio, fatiga excesiva o inexplicable asociada con el ejercicio, soplo cardíaco y/o presión arterial elevada. Antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca, muerte inexplicable de personas de corta edad, o anomalías cardíacas estructurales o eléctricas específicas también pueden implicar un mayor riesgo. Hable con su proveedor de cuidado primario sobre la presencia de cualquiera de estos signos o síntomas, así como de antecedentes familiares preocupantes, independientemente del examen de detección, para determinar cualquier evaluación y/o tratamiento adicional que pueda requerirse.

Por favor responda el cuestionario que está en la siguiente página. En el examen de detección Play Smart™ tomaremos su peso, estatura y presión arterial y le haremos un electrocardiograma (ECG/EKG). Se le entregará una copia de su electrocardiograma cuando concluya el examen de detección. **Usted recibirá un correo electrónico privado de Providence con sus resultados dos semanas después de su examen de detección.**

Dependiendo de los resultados, se le podría recomendar que se haga un ultrasonido cardíaco gratuito (ecocardiograma) o un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Si se hace un ecocardiograma de detección y se detecta una anomalía, le entregaremos una copia digital de su ultrasonido para que lo comparta con su médico. **No entregaremos los resultados de su evaluación a su escuela o a su médico. Todos los resultados se envían a la familia del participante.**

FOR OFFICE USE ONLY

Play Smart ID: _____ BP: _____ Height: _____ Weight: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
Nombre Apellido (Nombre legal solamente, no usar sobrenombres)

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____
mm/dd/yyyy

Elija todas las opciones que correspondan:

Afroamericano/negro Caucásico/blanco Indígena estadounidense
 Asiático/isleño del Pacífico Hispano/latino Sudasiático
 Otro (especificar): _____

(1) ¿A qué escuela asiste? _____ No aplica

(2) ¿Pertenece a un equipo deportivo de grupo o practica un deporte individual? Sí No

Si responde afirmativamente, indique: Recreativo/intramuros Club/Selecto Escuela Universidad Profesional

(3) En promedio, ¿Durante cuántas horas hace ejercicio o realiza actividades físicas cada semana?
(Seleccione una opción) Más de 10 5-10 2-5 Menos de 2

(4) ¿Cómo se enteró de Play Smart™?

Familia, amigo, compañero de trabajo: _____ Médico (nombre): _____

Escuela, personal de la escuela (¿cuál?): _____ Entrenador, equipo (nombre): _____

TV, radio, Internet, periódico, volante en el correo, folleto (¿cuál?): _____ Otro: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____

Correo electrónico del padre/madre/tutor legal: _____

Teléfono hogar: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Información del médico, opcional)

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ No se especifica un médico

Dirección del médico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: (____) _____ - _____



503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN EXÁMENES DE DETECCIÓN CARDÍACA

Providence Heart Institute está ofreciendo un programa de exámenes de detección cardíaca para jóvenes de 12 a 18 años de edad. La información que se obtenga de los participantes será examinada por el personal médico del evento. La identidad de los participantes no se revelará y podrán verla solamente el personal de Providence Health & Services y el personal médico que participa en el evento. El programa de exámenes de detección cardíaca puede incluir:

1. Cuestionario sobre la historia médica
2. Medición de la presión arterial
3. Electrocardiograma (EKG/ECG)
4. Ecocardiograma - Ultrasonido del corazón (**si se considera necesario*)

La información que se obtenga a través de sus exámenes de detección cardíaca será examinada por el personal médico que participa en nuestro evento y podría utilizarse de manera agregada (sin nombres ni identificadores) como parte de un estudio de investigación sobre la detección de problemas cardíacos en los jóvenes. Si usted acepta someterse a los exámenes de detección cardíaca, comprende y acepta que la información que se obtenga a través de dichos exámenes, incluyendo la información que proporcione en el cuestionario médico, será examinada por el personal médico y podría utilizarse para fines de investigación. El personal médico le entregará un resumen de los resultados de sus exámenes de detección y podría recomendar evaluaciones adicionales y un seguimiento con su médico o un especialista.



Play Smart ID: _____

Consentimiento para participantes mayores de 18 años:

Confirmando que he leído el acuerdo de participación antes mencionado y comprendo su contenido. Mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en este programa de exámenes de detección cardíaca y, como consecuencia, doy mi consentimiento para que la información que se obtenga a través de dichos exámenes se revele de la manera descrita anteriormente. Comprendo que Providence Health & Services no revelará mi identidad a terceros sin mi autorización. Comprendo que tengo la opción de retirarme del estudio. Exonero de responsabilidad a Providence Health & Services, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y cualquier otra persona, entidad, individuo y organización; renuncio también a todo derecho de subrogación contra Providence Health & Services y sus directores, oficiales y voluntarios con respecto al proceso y los resultados de los exámenes gratuitos de evaluación cardíaca que se realicen hoy.

Providence se reserva el derecho a entregar una copia del cuestionario sobre la historia médica y el electrocardiograma del paciente a su médico de cuidado primario si lo considera necesario.

Fecha Nombre del participante en letra de molde Firma del participante

Consentimiento del padre/madre/tutor legal para participantes menores de 18 años:

Como padre/madre/tutor legal del participante menor de edad que se nombra, confirmo que he leído el acuerdo de participación y comprendo su contenido. Mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Autorizo la participación de mi hijo(a) en este programa de exámenes de detección cardiovascular. Doy mi consentimiento para que la información que se obtenga a través de dichos exámenes se revele de la manera descrita anteriormente. Comprendo que Providence Health & Services **no revelará** la identidad de mi hijo(a) a terceros sin mi autorización. Comprendo que en cualquier momento podré retirar a mi hijo(a) del programa de exámenes de detección o del seguimiento sin que nos penalicen. Exonero de responsabilidad a Providence Health & Services, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y cualquier otra persona, entidad, individuo y organización; renuncio también a todo derecho de subrogación contra Providence Health & Services y sus directores, oficiales y voluntarios con respecto al proceso y los resultados de los exámenes gratuitos de evaluación cardíaca que se realicen hoy.

Providence se reserva el derecho a entregar una copia del cuestionario sobre la historia médica y el electrocardiograma del paciente a su médico de cuidado primario si lo considera necesario.

Fecha Nombre del participante en letra de molde Firma del padre/madre/tutor legal