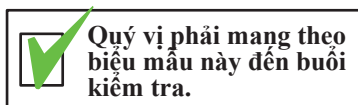


Bảng Câu Hỏi Đánh Giá Rủi Ro Tim Mạch



BẢO MẬT

Vui lòng hoàn thành bảng hỏi thật cẩn thận. Các bệnh lý tim mạch chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác nhau. Việc trả lời trung thực sẽ giúp các bác sĩ đánh giá chính xác tình trạng sức khỏe tim mạch của quý vị.

Cha mẹ hoặc người giám hộ và thanh thiếu niên dưới 18 tuổi phải cùng nhau điền biểu mẫu này. Thanh thiếu niên từ 18 tuổi trở lên nên tham khảo ý kiến của cha mẹ hoặc người thân để biết tiền sử bệnh tim trong đại gia đình.

☐ Tôi xác nhận rằng người tham gia không có bệnh tim từ trước mà chúng tôi biết, không có bệnh tim đã biết đang được bác sĩ tim mạch theo dõi và cũng không có lịch hẹn sắp tới với bác sĩ tim mạch.

HỌ TÊN NGƯỜI THAM GIA (VIẾT CHỮ IN HOA)

NGÀY SINH

☐ NAM ☐ NỮ ☐ PHI NHỊ NGUYÊN

TUỔI CỦA NGƯỜI THAM GIA

GIỚI TÍNH KHI SINH

Người gốc Tây Ban Nha/Mỹ Latinh ☐ Có ☐ Không

Chủng tộc (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

☐ Người Mỹ bản địa hoặc Người Alaska bản địa ☐ Châu Á ☐ Người da đen hoặc người Mỹ gốc Phi ☐ Người Hawaii bản địa hoặc Dân đảo Thái Bình Dương
☐ Người da trắng ☐ Khác

CHỈ DÀNH CHO NHÂN VIÊN (sẽ được xử lý khi kiểm tra):

Huyết áp _____ / _____.

TIỀN SỬ Y TẾ VÀ XÃ HỘI CỦA NGƯỜI THAM GIA

Quý vị đã từng mắc COVID-19 chưa?	Có	Không	Không chắc
Nếu có, quý vị có phải nhập viện không?	Có	Không	
Quý vị có triệu chứng nào mới xuất hiện sau khi mắc COVID-19, chẳng hạn như đau ngực, hụt hơi hoặc kiệt sức (rất mệt mỏi) không?	Có	Không	
Quý vị có đang mắc bệnh lý y khoa nào không?	Có	Không	
Quý vị đã từng được chẩn đoán bị hen suyễn chưa?	Có	Không	
Quý vị có mắc bệnh hồng cầu hình liềm hoặc mang gen hồng cầu hình liềm không?	Có	Không	
Quý vị có đang gặp vấn đề tim mạch nào không?	Có	Không	
Quý vị đã từng được thông báo là có tiếng thổi tim chưa?	Có	Không	
Quý vị đã từng bị hạn chế hoạt động thể chất do vấn đề tim mạch chưa?	Có	Không	

Vui lòng liệt kê bất kỳ vấn đề y tế nào khác

Quý vị đã từng có bất kỳ tình trạng nào sau đây chưa? (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

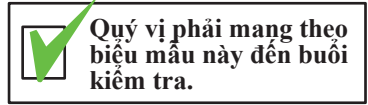
☐ Bệnh Kawasaki	☐ Cao huyết áp	☐ Hội chứng QT kéo dài
☐ Sốt thấp khớp	☐ Bệnh tim bẩm sinh	☐ Bệnh cơ tim
☐ Viêm cơ tim	☐ Rối loạn nhịp tim	☐ Hội chứng Marfan
☐ Vấn đề về cholesterol	☐ Hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW)	☐ Đã từng phẫu thuật tim

Hiện tại quý vị có đang sử dụng bất kỳ loại thuốc nào sau đây không? (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

☐ Hen suyễn	☐ Huyết áp	☐ Lo âu/Trầm cảm
☐ Vấn đề tim mạch	☐ ADD/ADHD	☐ Động kinh



Bảng Câu Hỏi Đánh Giá Rủi Ro Tim Mạch



Quý vị có đang sử dụng bất kỳ loại thực phẩm bổ sung nào sau đây không? (đánh dấu tất cả các lựa chọn phù hợp)

- | | |
|--|---|
| ☐ Nước tăng lực | Nếu có, liều lượng là bao nhiêu mỗi ngày hoặc mỗi tuần? _____ |
| ☐ Thực phẩm bổ sung để tăng cường hiệu suất | Nếu có, liều lượng là bao nhiêu mỗi ngày hoặc mỗi tuần? _____ |
| ☐ Viên uống giảm cân | Nếu có, liều lượng là bao nhiêu mỗi ngày hoặc mỗi tuần? _____ |

Quý vị có bị đau hoặc tức ngực không?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Quý vị có dễ bị mệt hơn người khác không?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Quý vị có thường bị khó thở (không phải do hen suyễn)?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Tim quý vị có đập nhanh bất thường hoặc bỏ nhịp không?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Quý vị đã từng bị ngất xỉu hoặc suýt ngất chưa?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Quý vị đã từng cảm thấy chóng mặt hoặc xây xẩm mặt mày chưa?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Khi nghỉ ngơi | ☐ Khi đi bộ | ☐ Khi tập thể dục | ☐ Không |
|--|------------------------------------|--|--------------------------------|

Quý vị đã từng bị động kinh bao giờ chưa?

Có Không

Quý vị có chơi môn thể thao đồng đội không?

Có Không Nếu có, là môn thể thao nào? _____

Quý vị có tập thể dục hơn 4 giờ mỗi tuần không?

Có Không

TIỀN SỬ GIA ĐÌNH CỦA NGƯỜI THAM GIA

Khi trả lời các câu hỏi về người thân, vui lòng cung cấp thông tin về đại gia đình của người tham gia, bao gồm anh chị em ruột, cha mẹ, cô chú bác, anh chị em họ và ông bà.

- | | | | |
|--|----|-------|------------|
| Quý vị có phải là con nuôi không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào dưới 40 tuổi mắc bệnh tim không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào dưới 40 tuổi đột ngột qua đời vì vấn đề tim mạch không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào dưới 40 tuổi từng bị ngừng tim đột ngột không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào qua đời vì hội chứng đột tử ở trẻ sơ sinh (SIDS) không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào từng qua đời một cách bất ngờ hoặc không rõ nguyên nhân không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào qua đời do đuối nước hoặc tai nạn giao thông không rõ nguyên nhân không? | Có | Không | Không chắc |
| Có người thân nào từng bị ngất xỉu hoặc động kinh không rõ nguyên nhân không? | Có | Không | Không chắc |



Cho Phép Sàng Lọc Tim Mạch và Miễn Trừ Trách Nhiệm

Vui lòng viết rõ họ tên **BẢNG CHỮ IN HOA**



Quý vị phải mang theo biểu mẫu này đến buổi kiểm tra.

NGÀY SÀNG LỌC	HỌ (viết in hoa toàn bộ)	TÊN	NGÀY SINH Phải từ 12 đến 25 tuổi, không có ngoại lệ
---------------	--------------------------	-----	---

Tôi, người ký tên dưới đây, ĐỒNG Ý cho con tôi (dưới 18 tuổi)/chính bản thân tôi tham gia tự nguyện vào buổi sàng lọc tim mạch (Sàng Lọc Tim Mạch) của Tổ chức Eric Paredes Save A Life Foundation (gọi tắt là "Tổ Chức"). Trong buổi Sàng Lọc Tim Mạch, sẽ có phần xem xét bằng câu hỏi y tế, thực hiện điện tâm đồ (ECG), và có thể bao gồm cả siêu âm tim. Hoạt động Sàng Lọc Tim Mạch sẽ do đội ngũ nhân viên y tế độc lập và các tình nguyện viên hợp tác với Tổ Chức thực hiện. Người ký tên dưới đây xác nhận và đồng ý rằng việc tham gia vào Sàng Lọc Tim Mạch này là hoàn toàn tự nguyện và quyết định cho con tôi/chính bản thân tôi tham gia buổi Sàng Lọc Tim Mạch này là của người ký tên bên dưới.

Thông tin cung cấp trong các biểu mẫu đính kèm là đầy đủ và chính xác nhất theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu và xác nhận rằng nếu kết quả từ buổi kiểm tra giới hạn này cho thấy nguy cơ thấp, điều đó không đồng nghĩa với việc tôi hoàn toàn khỏe mạnh. Việc tham gia chương trình này không thể thay thế cho việc khám bệnh với bác sĩ hoặc chuyên gia y tế để chẩn đoán bất kỳ vấn đề y tế hoặc liên quan đến sức khỏe nào, cũng như không thay thế cho các kỳ khám sức khỏe định kỳ.

Tôi hiểu và xác nhận rằng thông tin nhận được từ buổi sàng lọc này chỉ được xem là thông tin sơ bộ và không phải là chẩn đoán về tình trạng sức khỏe hoặc thể chất của con tôi/của chính tôi. Đây không phải là một xét nghiệm chẩn đoán và không nhằm thay thế cho các lần khám sức khỏe định kỳ với bác sĩ của con tôi/bác sĩ của tôi. Ngoài ra, tôi hiểu và xác nhận rằng tôi hoặc cha/mẹ/người giám hộ khác cần trao đổi với bác sĩ riêng của con tôi/bác sĩ của chính tôi càng sớm càng tốt nếu có bất kỳ kết quả bất thường nào. Tôi hoặc cha/mẹ/người giám hộ khác cần đảm bảo rằng bác sĩ riêng xác nhận mọi kết quả bất thường từ buổi Sàng Lọc Tim Mạch này trước khi xem xét bất kỳ chẩn đoán hoặc phương pháp điều trị nào.

Để con tôi/tôi được tham gia vào buổi Sàng Lọc Tim Mạch này, tôi – người ký tên dưới đây – BẢNG VĂN BẢN NÀY, TỪ BỎ VÀ MIỄN TRỪ MỌI KHIẾU NẠI, HÀNH ĐỘNG PHÁP LÝ VÀ CÁC NGUYÊN NHÂN DẪN ĐẾN HÀNH ĐỘNG PHÁP LÝ mà tôi hoặc con tôi có thể có đối với tổ chức Eric Paredes Save A Life Foundation, nhân viên y tế độc lập và các tình nguyện viên tham gia vào quá trình sàng lọc này, cũng như bất kỳ nhà cung cấp, nhà tài trợ, cán bộ, giám đốc, nhân viên, đại lý, tình nguyện viên hoặc đại diện nào của họ. Phạm vi miễn trừ bao gồm mọi khiếu nại, trách nhiệm pháp lý hoặc thiệt hại – bao gồm nhưng không giới hạn ở chấn thương cá nhân hoặc bệnh tật – phát sinh từ bất kỳ tổn thương thể chất, tâm thần hoặc cảm xúc hoặc tử vong có thể xảy ra cho con tôi/cho tôi trong quá trình tham gia chương trình này, dù là do sơ suất, vi phạm bảo đảm hay trách nhiệm pháp lý negligence của bất kỳ cá nhân liên quan đến hoạt động Sàng Lọc Tim Mạch này. Người ký tên dưới đây cũng đồng ý rằng người ký tên cũng như người thừa kế, đại diện cá nhân hoặc đại diện hợp pháp của người thân trong gia đình của người ký tên dưới đây sẽ không khởi kiện hoặc yêu cầu bồi thường vì bất kỳ bệnh tật, chấn thương hay tử vong nào có thể phát sinh từ buổi Sàng Lọc Tim Mạch và rằng bản cam kết miễn trừ trách nhiệm này có hiệu lực ràng buộc đối với người thừa kế, người nhận thừa kế, người quản lý di sản và đại diện cá nhân của tôi.

Tôi hiểu rằng mọi thông tin y tế thu được từ việc con tôi/tôi tham gia chương trình này sẽ được giữ bí mật và sẽ không được lưu trữ hoặc sử dụng bởi cơ sở thực hiện sàng lọc. Sau khi kết quả Sàng Lọc Tim Mạch được cung cấp cho người tham gia và/hoặc phụ huynh hoặc người giám hộ, toàn bộ thông tin y tế thu thập được sẽ được xóa nhận dạng bằng cách xóa tất cả các thông tin nhận dạng cá nhân. Tôi chấp thuận với việc Eric Paredes Save A Life Foundation hoặc các bên được ủy quyền của tổ chức thu thập dữ liệu ẩn danh còn lại và sử dụng cho mục đích nghiên cứu y học hoặc học thuật.

☐ Đồng ý Tổ chức Eric Paredes Save A Life Foundation có thể liên hệ với tôi để trao đổi về thông tin thu được từ buổi Sàng Lọc Tim Mạch hôm nay

☐ Không đồng ý Tôi không muốn được liên hệ lại về thông tin thu được từ buổi Sàng Lọc Tim Mạch hôm nay

Khi tham gia sự kiện này, quý vị chấp thuận rằng có khả năng hình ảnh, video hoặc ảnh chụp của mình có thể được hiện thị công khai và/hoặc trên mạng xã hội. Việc này được thực hiện một cách tế nhị với mục đích giáo dục các gia đình khác về cơ hội được tiến hành sàng lọc tim mạch phòng ngừa cho thanh thiếu niên.

Người ký tên dưới đây xác nhận đã đọc kỹ và hoàn toàn hiểu tất cả các điều khoản, điều kiện và nội dung trong tài liệu này.

Vui lòng hoàn thành ô chấp thuận thứ nhất hoặc thứ hai dưới đây.

Chấp Thuận Của Người Tham Gia Dưới 18 Tuổi:			
HỌ TÊN CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (CHỮ IN HOA)		ĐỊA CHỈ EMAIL CỦA CHA MẸ/HOẶC NGƯỜI GIÁM HỘ	SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ
ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ		NGÀY THÁNG	

Chấp Thuận Của Người Tham Gia Từ 18 Đến 25 Tuổi:			
HỌ TÊN NGƯỜI THAM GIA (CHỮ IN HOA)		ĐỊA CHỈ EMAIL	SỐ ĐIỆN THOẠI
ĐỊA CHỈ NHÀ	THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP
CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI THAM GIA		NGÀY THÁNG	

BÁC SĨ CHÍNH CỦA NGƯỜI THAM GIA

SỐ ĐIỆN THOẠI

DÀNH CHO VĂN
PHÒNG SỬ DỤNG

XEM XÉT BỞI: