****

**PROGRAMA DE “U.S. HUB”**

###### BIENVENIDOS

Gracias por su interés en SpineHope y nuestro Programa “U.S. Hub.”

**ACERCA DE SPINEHOPE**

SpineHope visualiza un mundo en el cual cada niño con una deformidad de la columna tiene la oportunidad de vivir una vida normal. Estamos dedicados a transformar las vidas de niños por todo el mundo a través de cirugía, educación, e investigación.

SpineHope provee cirugía de la columna a esos niños los cuales no tendrían acceso a este tipo de cuidado médico. Desde 2001, nuestro equipo de profesionales médicos voluntarios ha visitado América Latina para entrar en colaboración con médicos locales para así corregir deformidades de la columna, aliviar dolor, prevenir parálisis, y extender la vida.

Esencial a nuestra misión, también estamos dedicados a la capacitación médica colaborativa con nuestro equipo de los EE.UU. y socios latinoamericanos, además de compartir nuestra experiencia de estas cirugias complejas con la comunidad médica internacional para propósitos de investigaciones.

La meta del Program “U.S. Hub” es la de ofrecer la oportunidad de recibir cirugias de la columna medicamente necesarias a niños quienes no se encuentren dentro de nuestros sitios internacionales y también para aumentar la conciencia y apoyo para esta misión dentro de los EE.UU.

****

**PROGRAMA DE “U.S. HUB”**

**GUÍA DE SELECCIÓN DE PACIENTES**

El Comité Asesor Médico SpineHope, formado por profesionales médicos calificados, revisará los casos posibles. Los casos serán aceptados en base a lo siguiente:

* Edad de 2-21 anos
* Cualquier deformidad o patología de la columna - cervical, toracico, o lumbar o myelopatia, menos lordosis
* Realizó metas de desarrollo (e.g. gateando, caminando, hablando, etc.)
* Capaz de caminar
* Sin ningun cancer o neoplasma
* Acceso a cuidado apropriado en su hogar
* Urgencia
* Demonstración de necesidad

****

**PROGRAMA DE “U.S. HUB”**

**SOLICITUD**

**Información del Padre / Madre / Tutor Legal: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Parentesco al Niño/a: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, país, codigo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono/Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasaporte #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudadano EEUU? ☐Sí ☐No

Habla Inglés? ☐ Nada ☐ Un poco ☐ Conversación básica ☐ Fluido

**Nombre del Médico/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, país, codigo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono//Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Entero del Niño/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Séxo: ☐ M ☐ F

Dirección (calle, ciudad, país, codigo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasaporte #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudadano EEUU? ☐Sí ☐No

* Edad de 2-21 anos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Diagnosis de la columna y medida de la curva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Completo metas de desarrollo (e.g. gateando, caminando, hablando, etc.)
* Hbilidad y capacidad de caminar
* Ningun tipo de cancer
* Sin Tuberculosis, malaria, o VIH/SIDA

**Como escuchó de SpineHope?**

☐ Familia ☐ Amigo ☐ Médico ☐ Otro Professional Médico ☐ Escuela ☐ Internet

☐ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RENUNCIA GENERAL, CONSENTIMIENTO, Y EXENCIÓN**

Yo, el padre, madre, o tutor legal y firmante, entiendo que el ámbito de mi relación con SpineHope es limitada solamente a un tratamiento médico de mi niño/a en los EE.UU.; no espero ninguna compensación por los servicios proveídos; y soy responsable por el cuidado médico sucesivo de mi niño/a en nuestro país.

Por la presente, consiento y autorizo el tratamiento médico de SpineHope o otros a quien SpineHope se designe para el paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (fecha de nacimiento – mes/día/año: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_). Entiendo que los servicios proveídos pueden incluir riesgos, incluyendo pero no limitado a tratamiento médico (i.e. cirugía de la columna y el cuidado hospitizado asociado) además del viaje a y de los EE.UU. y nuestro país. Por la presente, otorgo el permiso para que mi niño/a participa en el “Program de Hub de los EE.UU.” de SpineHope y reciba tratamiento médico, específicamente cirugía de la columna y otros servicios médicos necesarios. Entiendo que por participar mi niño/a puede experimentar o sostener una enfermedad o daño físico (mínimo, serio, o catastrófico) en conexión con su cirugía. Además reconozco que estoy asumiendo el riesgo de tal enfermedad o daño físico por la participación de mi niño/a, y libero a SpineHope así como sus representantes y otros participantes, de cualquier declaración o reclamación de enfermedad o daño físico personal que mi niño/a puede experimentar o sostener durante este episodio de cuidado. Además reconozco y entiendo que seré responsable por el cuidado médico sucesivo y los gastos asociados de mi niño/a en nuestro país. Con reconocimiento entero de todo lo anterior, assumo explíticamente el riesgo y elijo que mi niño/a participe en el “Program de Hub de los EE.UU.” de SpineHope.

Por medio de la presente, yo RENUNCIO Y LIBERO a SpineHope y sus directivos, directores, empleados, voluntarios, participantes, agentes, representantes legales, aseguradores, sucesores, y cedentes de cualquiera y todas declaraciones, reclamaciones, demandas, daños, perjucios, obligaciones, y causas de acción que tengo actualmente o pudiera tener en el futuro, de las cuales tenga conocimiento ahora o no, de cualquier tipo, relacionado a o surgiendo de la participación de mi niño/a con SpineHope sin importar si fue debido a la negligencia, responsabilidad, o cualquier otro tipo de infracción o culpa de SpineHope. Esto incluye pero no se limita a la muerte, daño corporal, daño personal, daño de propiedad, perdida o robo/hurto de propiedad, perdido económico, o cualquier otro daño, perdida, o costo. Reafirmo que esta renuncia general incluye pero no se limita a todos tipos de declaraciones, reclamaciones, demandas, daños, perjucios, obligaciones, y causas de acción surgidos de o relacionados a dicho tratamiento médico.

SpineHope tiene permiso de proveer la información médica de mi niño/a a cualquier persona o compañía que esté involucrado en cualquier forma a la provisión de cuidado. Autorizo el uso de la información médica de mi niño/a para propósitos científicos y educativos.

Además, le concedo a SpineHope el poder de tomar fotografías, videos, y otras grabaciones de mi niño/a y familia, y concedo y expreso a SpineHope todos los derechos, titulos, e intereses en cualquiera y todas estas fotografías, videos, imágenes, y/o grabaciones de audio de mi niño/a, nuestra familia, o nuestras voces hecho por SpineHope en conexión con la participación de mi niño/a.

Certifico que soy la madre o el padre, la/el tutor legal, o representante autorizado/a de este niño/a identificado anteriormente y que estoy autorizado legalmente a consentir a los asuntos aquí descritos e identificados. Concuerdo en proveer documentación para confirmar nuestro parentesco familiar y a notificar a SpineHope y otros proveedores de servicios médicos si hay cualquier cambio en nuestro parentesco en el futuro.

Al firmar este documento, reconozco que he leído cuidadosamente este impreso y reconozco y entiendo el contenido del mismo. Reconozco que he tenido la oportunidad de obtener consejo legal de todos los asuntos aquí discutidos e identificados antés de firmar esta Renuncia General, Consentimiento, y Exención.

**Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**GRACIAS!**

Gracias de nuevo por su interés en SpineHope y por solicitar al Programa de US Hub.

Estámos emocionados por revisar su solicitud y estarémos en contacto pronto.



**PROGRAMA DE “U.S. HUB”**

**DOCUMENTOS REQUERIDOS**

* Solicitud
* Renuncia General, Consentimiento, y Exención
* Rayos X de la columna de cervical, toracico, o lumbar
* MRI de neuraxis (preferido, no requerido)
* Historia médica, incluyendo pero no limitado a lo siguiente:
	+ - Documentación de cualquier otra condición o síndrome, limitación médica, alergia, nombre, tipo, y dosis de medicamentos etc
		- Prueba de no tener tuberculosis, malaria, ni VIH/SIDA
* Acta de nacimiento del niño
* Pasaporte de los padres (los dos si hay) y del paciente.