

Medical Questionnaire

 **You must bring this form to the screening.**

CONFIDENTIAL

Please fill out the form completely. Heart conditions are affected by a number of variables. Answering honestly will help doctors accurately assess your cardiac health.

STUDENTS NAME (PRINT) _____ DATE OF BIRTH _____ PLEASE INDICATE STUDENT'S SCHOOL (IF APPLICABLE) _____

Student's Medical History

Are you allergic to latex? Yes No

Have you ever been told to limit your participation in sports? Yes No

If yes, why? _____

Have you ever been told you have high blood pressure? Yes No

If yes, when? _____

Have you ever been told you have a heart condition? Yes No

If yes, what? _____

Have you had any chronic illnesses? Yes No

If yes, what? _____

Have you had any injuries? Yes No

If yes, please list: _____

Have you been hospitalized or visited an emergency room? Yes No

If yes, please list: _____

Have you had any surgeries? Yes No

If yes, what? _____

Are you taking any prescription medication? Yes No

If yes, what? _____

Student's Social History

Have you ever used performance enhancing drugs, high-caffeine energy supplements or diet pills? Yes No

Do you drink energy drinks? Yes No

Family Medical History

Has anyone developed heart disease under the age of 50? Yes No

Has anyone died from heart disease under the age of 50? Yes No

Has there been any unexplained, or unexpected deaths before 50? Yes No

Has anyone had unexplained fainting or seizures? Yes No

Student's Current Condition

Please check all that apply. Leave blank if none apply.

If you have chest pain or pressure—When?

Resting Walking Exercise None

If you experience skipped heartbeats—When?

Resting Walking Exercise None

If you experience a fast heartbeat—When?

Resting Walking Exercise None

If you experience shortness of breath—When?

Resting Walking Exercise None

If you experience ankle or leg swelling—When?

Resting Walking Exercise None

If you feel light-headed or dizzy—When?

Resting Walking Exercise None

If you experience fainting or seizure—When?

Resting Walking Exercise None

Are there any known heart conditions for anyone in your family?

If yes, please explain who it was, and what the heart

condition was _____



Cuestionario médico

CONFIDENCIAL



Por favor llena el formulario en su totalidad. Las enfermedades del corazón se ven afectadas por diversas variables. Responder con honestidad ayudará a los médicos a valorar acertadamente la salud de tu corazón.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

INDIQUE LA ESCUELA DEL ESTUDIANTE (SI APLICA)

Historial clínico del estudiante

- ¿es usted alérgico al látex? Sí No
- ¿Alguna vez te han dicho que no hagas mucho deporte?
Si "Sí," ¿cuándo? _____ Sí No
- ¿Alguna vez te han dicho que tienes la presión alta?
Si "Sí," ¿cuándo? _____ Sí No
- ¿Alguna vez te han dicho que tienes una enfermedad del corazón?
Si "Sí," ¿cuándo? _____ Sí No
- ¿Alguna vez has tenido una enfermedad crónica?
Si "Sí," ¿cuándo? _____ Sí No
- ¿Alguna vez has tenido alguna lesión?
Si "Sí," por favor haz una lista: _____ Sí No
- ¿Has estado hospitalizado o te han llevado a emergencias?
Si "Sí," por favor haz una lista: _____ Sí No
- ¿Te han hecho alguna cirugía?
Si "Sí," ¿de qué? _____ Sí No
- ¿Estás tomando alguna medicina recetada?
Si "Sí," ¿qué? _____ Sí No

Historial social del estudiante

- ¿Alguna vez has usado sustancias o suplementos para mejorar tu rendimiento? Sí No
- ¿Tomas bebidas de energía? Sí No

Historial clínico familiar

- ¿Alguien menor de 50 años se ha enfermado del corazón? Sí No
- ¿Alguien menor de 50 años se ha muerto del corazón? Sí No
- ¿Alguien ha tenido desmayos o ataques que no tienen explicación? Sí No
- ¿Alguien ha muerto antes de los 50 años inesperada o inexplicablemente? Sí No

Estado actual del estudiante

Por favor marca todo lo que corresponda. Deja en blanco lo que no corresponda.

- Si tienes dolor o presión en el pecho—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si se te saltan latidos del corazón—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si tu corazón late rápido—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si sientes que te falta el aire—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si se te hinchan los tobillos o las piernas—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si te sientes mareado—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada
- Si tienes desmayos o ataques—¿Cuándo?
 Al reposar Al caminar Al hacer ejercicio nada

¿Se sabe si alguien en tu familia tiene alguna enfermedad del corazón?

Si "Sí," por favor explica quién y cuál es la enfermedad

