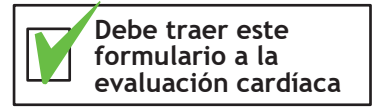


Cuestionario de Evaluación del Riesgo Cardíaco

CONFIDENCIAL



Por favor, complete el formulario con atención. Las afecciones del corazón se ven afectadas por una serie de variables. Responder honestamente ayudará a los médicos a evaluar con precisión la salud de su corazón.

Los padres, madres o tutores y los jóvenes menores de 18 años deben llenar el formulario juntos. Los jóvenes de 18 años y mayores deben consultar a sus padres o parientes para obtener el historial cardíaco de sus familiares.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (ESCRIBA CLARAMENTE)

FECHA DE NACIMIENTO

MASCULINO FEMENINO

EDAD DEL (DE LA) PARTICIPANTE

SEXO AL NACER

Raza (marque todas las opciones que correspondan)

- Amerindia o nativa de Alaska Asiática Negra o afroamericana Nativa de Hawái o de las islas del Pacífico
 Blanca Otra

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (se tomará al hacer la evaluación):

Presión arterial _____/_____

HISTORIAL MÉDICO Y SOCIAL DEL (DE LA) PARTICIPANTE

¿Tuvo COVID?	Sí	No	No estoy seguro(a)
Si lo tuvo, ¿fue hospitalizado(a)?	Sí	No	
¿Tiene algún síntoma que no tenía antes del COVID, como dolor en el pecho, dificultad para respirar o fatiga?	Sí	No	
¿Tiene alguna enfermedad en curso?	Sí	No	
¿Alguna vez le diagnosticaron asma?	Sí	No	
¿Tiene anemia falsiforme (sickle cell disease) o rasgo de células falciformes (sickle trait)?	Sí	No	
¿Tiene algún problema cardíaco activo?	Sí	No	
¿Alguna vez le han dicho que padece de un soplo cardíaco?	Sí	No	
¿Se le ha restringido el ejercicio debido a un problema cardíaco?	Sí	No	

Escriba cualquier otro problema médico que tenga

¿Ha tenido alguno de los siguientes? (marque todas las opciones que correspondan)

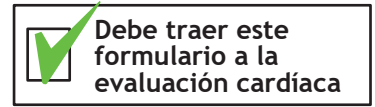
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Síndrome de QT largo |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enferm. cardíaca congénita | <input type="checkbox"/> Miocardiopatía |
| <input type="checkbox"/> Miocarditis | <input type="checkbox"/> Problemas del ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> Síndrome de Marfan |
| <input type="checkbox"/> Problema de colesterol | <input type="checkbox"/> Wolff Parkinson White (WPW) | <input type="checkbox"/> Cirugía cardíaca previa |

¿Toma actualmente alguno de estos tipos de medicamentos? (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Ansiedad o depresión |
| <input type="checkbox"/> Problema cardíaco | <input type="checkbox"/> TDA / TDAH (ADD/ADHD) | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques |



Cuestionario de Evaluación del Riesgo Cardíaco



¿Toma alguno de estos suplementos? (marque todas las opciones que correspondan)

- Bebidas energéticas Si sí, ¿cuántas por día o semana? _____
 Suplementos para mejorar el rendimiento Si sí, ¿cuántos por día o semana? _____
 Píldoras de dieta Si sí, ¿cuántas por día o semana? _____

¿Siente dolor o presión en el pecho?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Se cansa más fácilmente que los demás?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Le falta mucho el aire (y no es asma)?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Su corazón se acelera o se salta los latidos?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Alguna vez se ha sentido mareado o aturdido?

- Al reposar Al caminar Con ejercicio Ninguno

¿Alguna vez se ha convulsionado?

Sí No

¿Juega un deporte en equipo?

Sí No ¿Qué deporte(s)? _____

¿Hace ejercicio más de 4 horas por semana?

Sí No

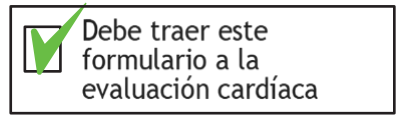
HISTORIAL FAMILIAR DEL (DE LA) PARTICIPANTE

Para contestar las preguntas sobre familiares, incluya información sobre la familia del participante, incluidos hermanos, padres, tíos, primos y abuelos.

- | | | | |
|--|----|----|--------------------|
| ¿Es adoptado(a)? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar menor de 40 años desarrolló una enfermedad cardíaca? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar menor de 40 años murió repentinamente de un problema cardíaco? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar menor de 40 años ha tenido un paro cardíaco repentino? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar murió a causa del síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS en inglés)? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar tuvo una muerte inexplicable o inesperada? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar murió por ahogamiento o accidente de auto inexplicable? | Sí | No | No estoy seguro(a) |
| ¿Algún familiar sufre o sufrió desmayos o convulsiones inexplicables? | Sí | No | No estoy seguro(a) |



Formulario de Permiso para la Evaluación Cardíaca y Deslinde de Responsabilidades



Escriba su nombre claramente **TODO EN MAYÚSCULAS**

FECHA DE LA EVALUACIÓN	APELLIDO DEL (DE LA) PARTICIPANTE <i>(todo en mayúsculas)</i>	PRIMER NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO <i>debe tener entre 12 y 25 años, sin excepciones</i>
------------------------	---	---------------	--

Yo, quien firma abajo, DOY permiso a mi hijo (menor de 18 años) / me DOY permiso yo mismo(a) para participar voluntariamente en la evaluación del corazón (la evaluación cardíaca) que ofrece Eric Paredes Save A Life Foundation (la fundación). Durante la evaluación cardíaca se repasará un cuestionario médico, se hará un electrocardiograma y además se podría hacer un ecocardiograma. La evaluación cardíaca la llevará a cabo personal médico independiente y otros voluntarios que trabajan en conjunto con la fundación. Quien firma abajo reconoce y acepta que la participación en la evaluación cardíaca es completamente voluntaria y que la decisión de quien firma abajo es que mi hijo(a) / yo participe en esta evaluación cardíaca.

La información dada en los formularios adjuntos es, a mi mejor saber y entender, completa y correcta. Entiendo y reconozco que si la evaluación limitada que se realizará arroja un resultado de bajo riesgo no es garantía de tener buena salud. La participación en este programa no puede sustituir una consulta con un médico u otro profesional médico para ninguna afección médica o relacionada con la salud, o para exámenes físicos regulares.

Entiendo y acepto que la información que reciba de esta evaluación solamente se debe considerar como preliminar y no constituye un diagnóstico de la salud o condición física de mi hijo(a) / mía. Este no es un estudio de diagnóstico y no pretende reemplazar los chequeos regulares con el médico de mi hijo(a) / mi médico. Además, entiendo y reconozco que yo u otro padre, madre o tutor deberíamos hablar de cualquier resultado anormal con el médico personal de mi hijo(a) / con mi médico personal tan pronto como sea posible. Yo u otro padre, madre o tutor deberíamos asegurarnos de que un médico personal confirme todo resultado anormal de la evaluación cardíaca antes de considerar algún diagnóstico o tratamiento.

Con el fin de que se haga la evaluación cardíaca a mi hijo(a) / a mí y de participar en la evaluación, quien firma abajo, POR LA PRESENTE, LIBERA Y RENUNCIA A TODOS LOS RECLAMOS, ACCIONES Y CAUSAS DE ACCIÓN que yo o mi hijo(a) pudiéramos tener contra la fundación Eric Paredes Save A Life Foundation, el personal de salud independiente y los voluntarios que conducen o participan en este proceso de evaluación, la escuela, el distrito escolar y cualquier proveedor, patrocinador, funcionario, director, empleado, agente, voluntario y representante, de todo reclamo, responsabilidad, o daños, que incluyen pero no se limitan a lesiones personales o enfermedades que surjan de cualquier lesión física, emocional o mental o muerte que pueda ocurrir de cualquier manera en mi hijo(a) / en mí por participar en este programa como resultado de negligencia, incumplimiento de garantía, o estricta responsabilidad de cualquier persona asociada con la evaluación cardíaca. Quien firma abajo también acuerda que ni quien firma abajo ni ninguno de los herederos, representantes personales o legales de los familiares de quien firma abajo entablarán una demanda por enfermedad, lesión o muerte como resultado de la evaluación cardíaca y que este deslinde de responsabilidades es vinculante para mis herederos, legatarios, administradores y representantes personales.

Entiendo que toda la información médica obtenida a través de la participación de mi hijo(a) / mi participación en este programa se mantendrá confidencial y no será retenida ni utilizada por el lugar en donde se hizo la evaluación. Una vez que los resultados de la evaluación cardíaca se hayan divulgado al (a la) participante, y o al padre, madre o tutor, toda la información médica obtenida se desvinculará del (de la) participante a través de la eliminación de la información de identificación personal. Doy mi consentimiento para que los datos anónimos restantes puedan ser recopilados por la fundación Eric Paredes Save A Life Foundation o sus designados y que puedan ser utilizados para fines de investigación médica o académica.

- Sí La fundación Eric Paredes Save A Life Foundation puede ponerse en contacto conmigo para hablar de la información obtenida como resultado de la evaluación cardíaca de hoy
- No No quiero que me contacten después sobre la información obtenida como resultado de la evaluación cardíaca de hoy

Al asistir a este evento, usted acepta la posibilidad de que su foto, imagen o video se muestre públicamente o en las redes sociales. Esto se hace ejerciendo el buen gusto y con la intención de educar a otras familias sobre la oportunidad de hacer a los jóvenes una evaluación preventiva del corazón.

Quien firma abajo declara que ha leído con cuidado y comprende por completo todos y cada uno de los términos, condiciones y párrafos de las disposiciones contenidas en este documento.

Complete el primer o segundo cuadro de consentimiento a continuación.

Consentimiento de los participantes menores de 18 años			
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (ESCRIBA CLARAMENTE)	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE, MADRE O TUTOR	TELÉFONO DEL PADRE, MADRE O TUTOR	
DOMICILIO DE CASA	CIUDAD	ESTADO	ZIP
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR		FECHA	

Consentimiento de los participants de 18 a 25			
NOMBRE DEL (DE LA) PARTICIPANTE (ESCRIBA CLARAMENTE)	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO	
DOMICILIO DE CASA	CIUDAD	ESTADO	ZIP
FIRMA DEL (DE LA) PARTICIPANTE		FECHA	

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL (DE LA) PARTICIPANTE	TELÉFONO
--	----------

PARA USO
EXCLUSIVO DE LA
OFICINA

REVISADO POR: