

Cuestionario de Evaluación del Riesgo Cardíaco

CONFIDENCIAL



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 corazón. Los padres, madres 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.

☐ Aseguro que, hasta donde nosotros sabemos, el o a participante no tiene una afección cardíaca preexistente, no es monitoreado por un cardiólogo por una afección conocida y no tiene programada una cita con un cardiólogo.

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE (ESCRIBA CLARAMENTE)

FECHA DE NACIMIENTO

☐ MASCULINO ☐ FEMENINO ☐ NO BINARIO

EDAD 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 Hispana Latina

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 falciforme (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)

☐ Enfermedad de Kawasaki	☐ Presión arterial alta	☐ Síndrome de QT largo
☐ Fiebre reumática	☐ Enferm. cardíaca congénita	☐ Miocardiopatía
☐ Miocarditis	☐ Problemas del ritmo cardíaco	☐ Síndrome de Marfan
☐ Problema de colesterol	☐ Wolff Parkinson White (WPW)	☐ Cirugía cardíaca previa

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

☐ Asma	☐ Presión arterial	☐ Ansiedad o depresión
☐ Problema cardíaco	☐ TDA/TDAH (ADD/ADHD)	☐ 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, ¿cuántas 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

¿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 y exención para una Evaluación Cardíaca

Por favor escriba claramente solo en LETRAS MAYÚSCULAS



Debe traer este formulario firmado a la evaluación cardíaca

I. Participación Voluntaria

Yo, quien firma abajo, DOY permiso a mi hijo (menor de 18 años) / me DOY permiso a mí mismo para participar voluntariamente en la evaluación del corazón (la Evaluación Cardíaca) de Eric Paredes Save A Life Foundation (la Fundación). Durante la Evaluación Cardíaca se repasará el cuestionario médico, se hará un electrocardiograma y se podrá realizar además un ecocardiograma. La Evaluación Cardíaca la llevarán a cabo personal independiente de atención médica 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 / yo participe en esta Evaluación Cardíaca.

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

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

Con el fin de realizar la Evaluación Cardíaca en mi hijo / en mí y participar en la Evaluación Cardíaca, quien firma abajo, POR MEDIO DE LA PRESENTE LIBERA Y RENUNCIA A TODAS LAS RECLAMACIONES, ACCIONES Y CAUSAS DE ACCIÓN a las que yo / mi hijo 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, así como a cualquier proveedor, patrocinador, funcionario, director, empleado, agente, voluntario y representante, de cualquier reclamación, 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 / 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 suscribe también acuerda que ni quien suscribe ni ninguno de los herederos, representantes personales o legales de los familiares de quien suscribe 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 / mi participación en este programa se mantendrá confidencial y no será retenida ni utilizada por el sitio donde se realice la evaluación. Una vez que los resultados de evaluación cardíaca se hayan divulgado al participante y / al padre/madre/tutor, toda la información médica obtenida se desvinculará del 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 para que puedan ser utilizados para fines de investigación médica y / o académica.

☐ Sí, Eric Paredes Save A Life Foundation puede contactarme para hablar de la información obtenida como resultado de la evaluación de detección cardíaca hecha hoy.

☐ No, no quiero que se me contacte después para hablar de la información obtenida como resultado de la evaluación de detección cardíaca hecha 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 cuidadosamente y comprende por completo todos y cada uno de los términos, condiciones y párrafos de las disposiciones contenidas en este documento.

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL (DE LA) PARTICIPANTE

TELÉFONO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

REVISADO POR:

Conteste el primer cuadro o el segundo, según corresponda.

Consentimiento de los participantes menores de 18 años

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR (ESCRIBA CLARAMENTE EN MAYÚSCULAS)

EMAIL DEL PADRE/MADRE/TUTOR

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

DIRECCIÓN DE SU HOGAR

CIUDAD

ESTADO

ZIP

MÉDICO PEDIATRA O DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL MENOR PARTICIPANTE

NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

FECHA

Consentimiento del participante de 18 a 25 años

NOMBRE (ESCRIBA CLARAMENTE EN MAYÚSCULAS)

EMAIL DEL PARTICIPANTE

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PARTICIPANTE

DIRECCIÓN DE SU HOGAR

CIUDAD

ESTADO

ZIP

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA

Resultados médicos

Escribir el nombre claramente en **MAYÚSCULAS**

APELLIDO

PRIMER NOMBRE

FECHA DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN

Estimado participante y/o padre, madre o tutor:

A ti (o a su hijo/a) se te realizó una prueba de detección cardíaca durante un evento patrocinado por la Fundación Eric Paredes Save a Life.

Una prueba de detección cardíaca es solo una pequeña ventana para asomarnos a la salud y al bienestar del corazón de una persona. La Asociación Americana del Corazón recomienda realizar una prueba de detección cardíaca al menos cada dos años. Sigue monitoreando la salud de tu corazón y comunícate con tu médico si tú (o su hijo/a) presentas alguno de estos síntomas: dificultad para respirar, dolor en el pecho, palpitaciones del corazón, mareos o desmayo.

En general, el resultado de tu prueba de detección de hoy es:

- ☐ **Normal:** Esto incluye tu historial clínico cardíaco y el electrocardiograma (ECG).
- ☐ **Normal** después de un ecocardiograma: Esto significa que algo en tu historial y/o en el electrocardiograma (ECG) indicó que era necesario realizar más pruebas. Se realizó un ecocardiograma y el resultado fue normal.
- ☐ **Resultado normal en la prueba de detección, pero se recomienda dar seguimiento:** Todos los resultados de la(s) prueba(s) realizada(s) en la prueba de detección cardíaca fueron normales, pero algo en la prueba requiere seguimiento con un médico (ver los comentarios a continuación).
- ☐ **Abnormal:** Esto indica que algo resultó anormal en tu historial clínico, electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma, y es necesario realizar otras pruebas y/o dar seguimiento con tu médico o con un cardiólogo (ver los comentarios a continuación).

Comunícate con tu médico para ponerlo al tanto de los resultados de esta prueba de detección cardíaca. Comentarios:

Gracias por participar.

Esta prueba de detección no sustituye tener una relación regular con un médico de cabecera que conozca tu historial médico y cualquier cambio en tu estado de salud. Ninguna prueba de detección puede identificar con certeza al 100 % a las personas en riesgo de sufrir un paro cardíaco repentino.

Te alentamos a que continúes realizando chequeos físicos anuales y a que consultes con tu médico de atención primaria ante cualquier inquietud o cambio en tu salud. Si tienes preguntas sobre tu salud (la salud de su hijo/a), comunícate con tu médico.

Dr. John Rogers, M.D.

Si después de la prueba de detección deseas pedir una copia digital del ECG, visita epsavealife.org/contact y selecciona el botón **rojo REQUEST ECG**. Ten en cuenta que esta fundación sin fines de lucro está compuesta en gran medida por voluntarios. Por esto, ten la amabilidad de esperar 14 días para recibir los resultados por correo electrónico.

