

PRECAUCIÓN AL JUGAR



Matthew J. Morahan, III
Health Assessment Center for Athletes

Formulario de Ingreso para la Detección Cardíaca

Información del Paciente:

Nombre: _____ Inicial 2º Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Segundo Teléfono: _____

Nombre del Padre de Familia/Tutor: _____

Médico de Cabecera: _____

Dirección del Médico: _____

Teléfono del Médico: _____

Número de Fax del Médico: _____

Historial del Paciente:

SÍ NO 1. ¿Alguna vez su hijo(a) se ha desmayado o perdido el conocimiento HACIENDO ejercicio, por una emoción, o por sobresaltarse?

SÍ NO 2. ¿Alguna vez su hijo(a) se ha desmayado o perdido el conocimiento DESPUÉS de hacer ejercicio?

SÍ NO 3. ¿Ha tenido su hijo(a) fatiga extrema asociada con hacer ejercicio diferente a la de otros niños?

SÍ NO 4. ¿Alguna vez a su hijo(a) le ha faltado la respiración de una manera extrema/inusual al hacer ejercicio?

SÍ NO 5. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sentido molestias, dolor, o presión en el pecho al hacer ejercicio o se ha quejado que su corazón se acelera o late irregularmente?

SÍ NO 6. ¿Alguna vez algún médico le ha dicho que su hijo(a) tiene presión arterial alta, colesterol alto, soplo cardíaco, o una infección en el corazón? (Si es afirmativo, marque todas las casillas que correspondan)

Presión arterial alta Colesterol alto Soplo cardíaco Infección del corazón

SÍ NO 7. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para el corazón de su hijo(a)?

SÍ NO 8. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido diagnosticado con un problema de convulsiones sin aparente razón o asma inducido por el ejercicio?

Preguntas sobre el Historial Familiar:

SÍ NO 1. ¿Algún familiar ha sufrido una muerte súbita, inesperada antes de los 50 años (incluyendo síndrome de muerte infantil súbita (SMIS), accidente de auto, ahogamiento, y otras causas)?

SÍ NO 2. ¿Algún familiar ha muerto súbitamente de "problemas del corazón" antes de los 50 años?

SÍ NO 3. ¿Algún familiar ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables?

SÍ NO 4. Hay algún familiar con afecciones tales como:

SÍ NO Miocardiopatía hipertrófica (CMH)

SÍ NO Cardiomiopatía dilatada (CMD)

SÍ NO Disección aórtica de la enfermedad aterosclerótica de la arteria Coronaria del Síndrome de Marfan (ataque al corazón a una edad menor de 50 años)

SÍ NO Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD)

SÍ NO Síndrome de QT Largo (SQTL)

SÍ NO Síndrome de QT Corto

SÍ NO Síndrome de Brugada

SÍ NO Taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica (TVPC)

SÍ NO Hipertensión pulmonar primaria

SÍ NO Marcapasos o desfibrilador cardíaco implantado

SÍ NO Sordera congénita (sordo al nacer)

*El historial clínico y los antecedentes familiares son un aspecto importante para la detección de enfermedades cardíacas. Si usted decide no llenar este formulario, o si no puede proporcionar respuestas completas o exactas con respecto al historial clínico del niño o de los antecedentes familiares, la detección de enfermedades cardíacas podría no ser tan minuciosa. Es posible que los Centros Ambulatorios de Barnabas Health recolecten o no recolecten hoy este formulario al mismo tiempo que hagan las pruebas de su hijo. Aunque los formularios sean recolectados hoy, los Centros Ambulatorios de Barnabas Health no serán responsables de revisar la información que usted decida incluir en este formulario, pero si usted completa este formulario y lo entrega hoy al Centro Ambulatorio de Barnabas Health, entonces el formulario, y la información que usted proporcione, se puede compartir con el pediatra de su hijo y con el cardiólogo al que lo remitan si se determina que su hijo tiene una afección cardíaca que requiere evaluación adicional. Ya sea que proporcione hoy o no el formulario lleno a Barnabas Health, le sugerimos que llene este formulario lo más correcto y completo posible, y que discuta el contenido de este documento con el pediatra de su hijo, como una herramienta adicional de detección cardíaca.