



## PAQUETE DE EXAMEN CARDIOLOGICO PARA ADOLESCENTES

Estimados padres y adolescentes:

Gracias por formar parte de nuestra misión para crear consciencia sobre el paro cardíaco repentino entre padres, educadores y médicos. Hasta que los EKG se estandaricen como parte de los exámenes de bienestar infantil y los exámenes físicos de pre-participación para deportes, seguiremos buscando anomalías cardíacas que sin saberlo, ponen a los niños en riesgo. Nuestras pruebas no pueden identificar todas las condiciones del corazón así que independientemente de los resultados, si algo en la salud de su hijo(a) cambia, consulte a un médico.

Queremos asegurarles que la confidencialidad, privacidad y modestia de su estudiante será respetada en todos los aspectos del programa. Las tablas de ECG privadas están disponibles en cada habitación. Informe al encargado de la sala de EKG si desea que lo envíen a una mesa privada. La evaluación cardíaca no causa dolor y no es invasiva. No hay agujas o exposición a rayos-x. Consiste de:

- Un EKG de 12 guías. Se pegan unos parches pequeños con adhesivo suave en el pecho, piernas y brazos de los adolescentes. A los parches se les fijan electrodos y se registra la actividad eléctrica del corazón.
- Un cardiólogo revisará los resultados, y si es necesario, usted será contactado por correo electrónico o por medio de una llamada telefónica para discutir los resultados.
- Este proceso dura aproximadamente 60-90 minutos dependiendo del tiempo de espera.
- Le animamos fuertemente a compartir los resultados con su médico de familia para que sea parte del historial médico de su adolescente.

### **ESTO ES IMPORTANTE:**

- Todos los adolescentes menores de 18 años deben tener el formulario de permiso **firmado** por un padre o tutor legal.
- El día de la evaluación los adolescentes deben traer puestos una camiseta, pants o shorts.
- Las mujeres deben traer puesto un sujetador deportivo. A las mujeres se les pedirá que se quiten la camiseta pero en todo momento traerán puesto el sujetador deportivo y se le evaluará en un área separada de los varones. Se proveerán batas de papel si se solicitan.

**Por favor recuerde que mientras que este servicio es gratuito para nuestra comunidad, el mismo cuesta a la Organización Via aproximadamente \$50 por cada participante registrado, además del tiempo donado de más 150 voluntarios, los cuales incluyen personal médico y no médico.**

**Con su ayuda, podemos crear un lugar cardíaco seguro para aprender y jugar.**

Con todo corazón,

El Equipo *Via Heart Project*



YOU MUST BRING THIS SIGNED FORM TO THE SCREENING

# CUESTIONARIO DE HISTORIA DE LA SALUD

CONFIDENCIAL

APELLIDO del estudiante (letra de molde) PRIMER nombre del estudiante (letra de molde) Fecha de Nacimiento Edad

¿Cuál es la raza/etnicidad del estudiante? Afro-americano Caucásico/Blanco Otro

Correo electrónico del padre (favor de escribir legiblemente) ( ) Número de teléfono celular del padre

Esta parte tiene que ser llenada Por el personal profesional Durante la entrevista

Height (in inches) Weight (in pounds) Blood Pressure

Las condiciones del corazón se ven afectadas por diversas variables. Responder honestamente ayudará a los médicos a evaluar la salud de su corazón. Si no sabe, deje en blanco.

¿Ha sido usted anteriormente diagnosticado/a con alguna enfermedad del corazón? Si es así, indique a continuación que tipo de diagnóstico/s tiene usted

None / Anomalous Coronary Artery / Aortic Aneurysm / ARVD/C / Brugada / CAD / Chagas Disease / Congenital HD / DCM / HCM / LQTS / Marfans / Non-Compaction / Rheumatic HD / Valvular HD / WPW / Unknown

¿Le ha pedido un médico que se le ordene una prueba del corazón?

SÍ NO

Si sí cuál: ¿ECG? ¿ECHO? ¿Prueba de ejercicio?

¿Participa en deportes?

SÍ NO

Si sí ¿cuál(es)?

¿Alguna vez le han dicho que limite su participación en deportes?

SÍ NO

¿Alguna vez ha experimentado doler de pecho o molestias con el ejercicio?

SÍ NO

¿Alguna vez ha tenido falta de respiración (más que sus amigos) o fatiga excesiva con el ejercicio?

SÍ NO

¿Alguna vez se ha desmayado o casi desmayado durante o después del ejercicio?

SÍ NO

¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco?

SÍ NO

¿Tiene alguien en su familia miocardiopatía hipertrófica o dilatada, QT Largo, Síndrome de Marfan, o cualquier otro problema de arritmia cardíaca?

SÍ NO

¿Alguna vez ha tenido la presión alta?

SÍ NO

¿Alguien de su familia menor de 50 años ha muerto súbita o inesperadamente?

SÍ NO

¿Alguien de su familia menor de 50 años ha sido discapacitado por una enfermedad de corazón?

SÍ NO

¿Alguna vez ha tenido una convulsión?

SÍ NO

¿Actualmente toma algún medicamento recetado o sin receta o suplementos?

SÍ NO

Si sí, ¿qué?

¿Alguna vez utilizo drogas y/o suplementos para mejorar el rendimiento?

SÍ NO

Si sí, por favor anote:

¿Alguna vez ha tenido palpitaciones o latidos intermitentes o acelerados del corazón durante o después de ejercicio?

SÍ NO

¿Hay algo más que deberíamos saber?

VIA HEART PROJECT

1725 Clay Street | Suite 100 | San Francisco, CA 94109

Office: 800-284-0125 | Fax: 415-226-0675 | www.viaheartproject.org



YOU MUST BRING THIS SIGNED  
FORM TO THE SCREENING

## FORMULARIO DE PERSIMIO Y EXENCIÓN DE EVALUACIÓN CARDÍACA

### I. Participación voluntaria

Yo, el abajo firmante, DOY permiso a mi hijo(a), \_\_\_\_\_ de participar en la evaluación cardíaca para la cual mi hijo(a) habrá entregado un formulario de su historia médico y recibirá un electrocardiograma y posiblemente un ecocardiograma, si es necesario. El abajo firmante reconoce y está de acuerdo en que la participación en la evaluación de detección cardíaca es completamente voluntaria y que es la decisión del abajo firmante que mi hijo(a) participe en esta evaluación cardíaca. Un electrocardiograma (también conocido como ECG o EKG) es una prueba no invasiva que mide la actividad eléctrica del corazón y puede detectar ciertas anomalías del corazón que conducen a la muerte cardíaca repentina. Al participar en esta evaluación reconozco que puedo ser contado(a) en el futuro sobre ítems incluyendo, pero lo limitado a, los resultados de la evaluación.

Al proporcionar la información relacionada al formulario de historial médico y en consulta con los médicos y otros proveedores de asistencia médica involucrados en la evaluación, declaro que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

### II. Presunción de Riesgo, Liberación, y exención

La información proporcionada en los formularios acompañantes, a mí mejor saber y entender, es completa y correcta. Entiendo y reconozco que el descubrimiento de alguna anomalía de bajo riesgo a raíz de la evaluación de detección limitada no es una garantía de buena salud y que la participación en este programa no puede sustituir una consulta con un médico u otro profesional médico para una afección médica o relacionada con la salud, o a los chequeos físicos periódicos.

Entiendo y reconozco que la información recibida durante esta evaluación deberá considerarse como información preliminar solamente y no constituye un diagnóstico completo de la salud o condición física de mi hijo(a). Este no es un estudio diagnóstico y no se pretende que sustituya los chequeos médicos regulares de mi hijo(a). Adicionalmente, entiendo y reconozco que yo o el otro padre/tutor legal debo(e) compartir los resultados anormales con el médico personal de mi hijo(a) tan pronto como sea posible. Yo o el otro padre/tutor legal debo(e) asegurarme(se) que cualquier resultado anormal detectado por la evaluación cardíaca sea confirmado por un médico antes de que se considere cualquier diagnóstico o tratamiento.

Reconozco y entiendo que estoy permitiendo voluntariamente que mi hijo(a) participe en la evaluación de detección cardíaca y que es mi elección que mi hijo(a) participe en las pruebas. Entiendo y reconozco que mi hijo(a) es completamente responsable de comunicarme los resultados de cualquier prueba y/o los resultados y que nadie asociado con *Via Heart Project* o con la escuela tendrá la obligación o la responsabilidad de informar a cualquier padre, tutor legal oficial escolar o a otros sobre los resultados de las pruebas cardíacas.

Reconozco que se podrán tomar fotografías/vídeos el día de la evaluación y usarlo para propósito promocional. Se hará todo esfuerzo para hacer que el estudiante sea inidentificable.

Para que se le haga la evaluación de detección cardíaca a mi hijo(a) y para que él/ella participe en esta evaluación, el abajo firmante, POR LA PRESENTE LIBERA Y RENUNCIA A TODO RECLAMO, ACCIONES Y CAUSAS DE ACCIÓN a las que de lo contrario yo o mi hijo(a) podría tener derecho en contra del personal de atención médica independiente y de los voluntarios que estén realizando o participando en este proceso de evaluación, de la escuela, del distrito escolar y de todo proveedor o vendedor, patrocinador, sus oficiales, empleados, directores, empleados, agentes, voluntarios y representantes de cualquier reclamo, responsabilidad, o daños y perjuicios, incluyendo pero no limitado a daños personales o enfermedad que surja de cualquier daño emocional, mental o físico o muerte que pueda ocurrir de



**YOU MUST BRING THIS SIGNED  
FORM TO THE SCREENING**

cualquier forma por la participación de mi hijo(a) en este programa como resultado de negligencia, incumplimiento de garantía o estricta responsabilidad de las personas asociadas con la evaluación cardíaca. El abajo firmante más acuerda que ni el abajo firmante ni ninguno de los herederos, representantes personal o legal de cualquier miembro de la familia presentará una demanda o reclamación por enfermedad, lesión o muerte como consecuencia de la evaluación de detección cardíaca y que esta liberación es obligatoria para mis herederos, administradores y representantes personales.

## FORMULARIO DE PERSIMIO Y EXENCIÓN DE EVALUACIÓN CARDÍACA (CONTINUADO)

Entiendo que toda la información médica que se obtenga como resultado de la participación de mi hijo(a) en este programa, será confidencial, no será retenida, ni será usada por la escuela o quien haya referido a mi hijo(a) a este programa. Autorizo a Via Heart Project para que recopile esta información únicamente para investigación médica y/o académica.

Entiendo que puedo solicitar una copia del electrocardiograma de mi hijo(a) para que se me sea enviado mediante correo electrónico al correo electrónico que proporcioné cuando registré a mi hijo(a) a través del internet. Entiendo que el mismo no será enviado a través de un sistema electrónico seguro. Entiendo que si deseo una copia de los resultados del electrocardiograma de mi hijo(a), debo pedirlo a través de correo electrónico, a [screening@viaheartproject.org](mailto:screening@viaheartproject.org) y que lo haré dentro de 30 días de la evaluación.

**El abajo firmante representa que han cuidadosamente leído y completamente entendido todo y cada término, condición y párrafo de las provisiones contenidas en este documento.**

---

Nombre del Padre/Tutor Legar (letra de molde)

Firma de Padre/Tutor Legal

---

Fecha de Evaluación

Nombre del Estudiante (letra de molde)

---

Fecha de Nacimiento del Estudiante

Escuela del Estudiante

---

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

---

¿Tiene un pediatra o médico de familia que ve su adolescente regularmente?

SÍ

NO

---

Pediatra o Médico de Cuidado Primario

Número de Teléfono del Médico