



JTHHF ID Number: \_\_\_\_\_

## ESTUDIO SOBRE LA SALUD CARDIACA

---

### INFORMACION DE CONTACTO

NOMBRE DE ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Escuela Que el Estudiante Asiste: \_\_\_\_\_

Nombre De Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

*El correo electrónico se añadirá a la base de datos de boletines JTHHF y actualizaciones de eventos;*

No proporcionaremos o venderemos su dirección de correo electrónico a terceros con fines de marketing.

---

**El Josh Thibodeau Ayudar Corazones Fundación está proporcionando este Screening Corazón sin costo ni obligación.**

**Sin embargo, para ayudar a diferir los costos de detección, y habilitar futuros eventos de detección de la comunidad, hay una donación sugerida de \$ 25.**

**La donación puede hacerse en efectivo o cheque a nombre de: The Josh Thibodeau Helping Hearts Fundación.**

Por favor complete las siguientes preguntas con respecto al individuo que está siendo proyectado:

DEMOGRAFÍAS

Edad: \_\_\_\_\_

El género:  Hombre  Mujer

Raza/etnicidad: (marque todas las que correspondan)

- Afro-Americano/Moreno
- Caucasiano/ Blanca
- Hispano/Latino
- Asiáticos/isleños del Pacífico
- Nativo Americano
- Otros: por favor, especifique: \_\_\_\_\_

---

DEPORTES y ACTIVIDAD FÍSICA

1) Juega en una equipo deportivo organizado competir en un deporte individual?  Si  No

Si sí, ¿qué nivel:  Club/Selección  Actividades Recreativas y establecimientos  
 Escuela Secundaria  Colegio  Professional

Si la respuesta es sí, ¿qué deporte(s) juegas? (Marque todas las que correspondan)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Béisbol             | <input type="checkbox"/> Golf            | <input type="checkbox"/> Esquí            |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto          | <input type="checkbox"/> Gimnasia        | <input type="checkbox"/> Squash           |
| <input type="checkbox"/> Ánimo               | <input type="checkbox"/> Hockey          | <input type="checkbox"/> Natación / Buceo |
| <input type="checkbox"/> Cross Country       | <input type="checkbox"/> Lacrosse        | <input type="checkbox"/> Tenis            |
| <input type="checkbox"/> Ciclismo            | <input type="checkbox"/> Artes Marciales | <input type="checkbox"/> Pista            |
| <input type="checkbox"/> Baile               | <input type="checkbox"/> Remo            | <input type="checkbox"/> Voleibol         |
| <input type="checkbox"/> El fútbol           | <input type="checkbox"/> Rugby           | <input type="checkbox"/> Lucha            |
| <input type="checkbox"/> Hockey sobre césped | <input type="checkbox"/> Fútbol de Pies  | <input type="checkbox"/> Otro _____       |

Frisbee

Sofbol

2) El ejercicio y la actividad física por semana. En promedio, obtengo ... (marque una)

Más de 10 horas de ejercicio o actividad física por semana

5-10 horas de ejercicio o actividad física por semana

2-5 horas de ejercicio o actividad física por semana

Menos de 2 horas de ejercicio o actividad física por semana

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene alguna enfermedad médica continua?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué enfermedad?  Asthma  ADHD  Diabetes  Presión

Arterial Alta

Otro \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿qué medicamento? \_\_\_\_\_

<b>PREGUNTAS PARA LA SALUD DEL CORAZÓN</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
1) ¿Le da dolor en el pecho al hacer ejercicio?		
2) ¿Alguna vez se ha desmayado durante o inmediatamente después del ejercicio?		
3) ¿Tiene dificultad para respirar o fatiga inexplicable durante el ejercicio que es nueva o está empeorando?		
4) ¿Su corazón siempre la raza (de repente golpeó rápido) sin una buena razón?		
5) ¿Alguna vez ha tenido una convulsión?		
6) ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con: (En caso afirmativo, marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Presión Arterial alta <input type="checkbox"/> Infección en el Corazón <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Otro problemas del corazón <input type="checkbox"/> Enfermedad de Kawasaki		
7) ¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón? (Por ejemplo, ECG / EKG, ecocardiograma)?		
8) ¿Alguien en su familia ha muerto a causa de un problema cardíaco antes de los 50?		
9) ¿Algún miembro de su familia murió de repente por una razón desconocida antes de la edad de 50 años incluyendo el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL), accidente de coche sin explicación, o ahogamiento?		
10) ¿Hay alguien en su familia tiene alguno de los siguientes problemas médicos: (en caso afirmativo, por favor circule)		

La Miocardiopatía hipertrófica, Miocardiopatía dilatada, Miocardiopatía Arritmogénica del Ventriculo Dderecho (MAVD), el Síndrome de QT Largo, síndrome de QT corto, Taquicardia Ventricular Polimórfica Catecolaminérgica (CPVT), el síndrome de Brugada, o el síndrome de Marfan		
--	--	--