

Cuestionario clínico

CONFIDENCIAL



Debe traer este cuestionario a la evaluación cardíaca. Llene el formulario por completo. Las afecciones del corazón se ven afectadas por una serie de variables. Responder honestamente ayudará a los médicos a evaluar con precisión la salud cardíaca del participante.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (ESCRIBA CLARAMENTE) _____

Esto debe llenarlo el padre/madre/tutor (si el participante es menor de 18 años) o el mismo participante (si es mayor de 18 años)

Historial clínico del participante

¿Eres alérgico al látex? Sí No

¿Eres muy activo en los deportes? Si "Sí," ¿qué deporte juegas? _____ Sí No

Si NO, ¿por qué no? _____

¿Se te sube la presión? Sí No

Si "Sí," ¿cuándo? _____

¿Ya tienes problemas cardíacos? Sí No

Si SÍ, ¿qué tienes? _____

¿Tienes una enfermedad crónica? Sí No

Si SÍ, ¿qué tienes? _____

¿Tienes lesiones? Sí No

Si SÍ, haz una lista: _____

¿Te han hospitalizado o has tenido que ir a emergencias? Sí No

Si SÍ, haz una lista: _____

¿Te han hospitalizado o has tenido que ir a emergencias? Sí No

Si SÍ, haz una lista: _____

¿Has tenido cirugías? Sí No

Si SÍ, haz una lista: _____

Historial clínico familiar

¿Eres adoptado? Sí No

¿Alguien en tu familia ha desarrollado una enfermedad cardíaca antes de los 40 años?
¿Alguien en tu familia murió de una enfermedad cardíaca antes de los 40 años? ¿Alguien en tu familia ha muerto inexplicable o inesperadamente antes de los 40 años? ¿Alguien en tu familia ha sufrido desmayos o convulsiones inexplicables? ¿Alguien en tu familia tiene alguna enfermedad cardíaca conocida?

Si SÍ, explica quién y/o cuál enfermedad cardíaca _____

Llenado por el padre/madre/tutor el participante

Historial social del participante

¿Alguna vez has usado drogas para mejorar el rendimiento, suplementos energéticos con alto contenido de cafeína o pastillas para adelgazar?

Sí No

Si SÍ, cuántos por día _____ semana _____

¿El estudiante toma bebidas de energía?

Sí No

Si SÍ, cuántas por día _____

La condición actual del participante

Marca todas las que correspondan.

Si has tenido dolor o presión en el pecho, ¿cuándo lo sentiste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si sentiste que tu corazón se saltó latidos, ¿cuándo lo sentiste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si tuviste desmayos o convulsiones, ¿cuándo los tuviste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si sentiste que tu corazón latía muy rápido, ¿cuándo lo sentiste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si sentiste fatiga inexplicable, ¿cuándo la sentiste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si tuviste dificultad para respirar, ¿cuándo la tuviste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada

Si te has sentido mareado o aturdido, ¿cuándo lo sentiste?

En reposo Caminando Haciendo ejercicio Nada



FOR OFFICE USE

REVIEWED BY: _____