



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.



CENTRO MATTHEW J. MORAHAN PARA LA EVALUACIÓN DE LA SALUD DE LOS ATLETAS
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____

Por este medio autorizo al Centro Matthew J. Morahan para la Evaluación de la Salud de los Atletas ("Centro MJM"), y a RWJBarnabas Health a revelar la información de la salud del paciente descrita a continuación a:

PEDIATRA _____
EQUIPO DEL PACIENTE y/o PERSONAL DE LA ESCUELA O REPRESENTANTE:
DIRECCIÓN Y/O NÚMERO DE FAX DEL DESTINATARIO (REQUERIDO) Richard Mojares (School Physician)/
Debbie Rosen-Haight (School Nurse)/ Christina Emrich (ATC)

La información de salud descrita a continuación se está dando a conocer por el siguiente motivo:
Para evaluar la capacidad del paciente para participar en actividades deportivas y para uso de la escuela y los equipos relacionados.

Información a revelarse:
Los resultados de todos los chequeos cardíacos, todos los chequeos iniciales de contusiones y todas las pruebas de contusiones posteriores a una lesión del paciente mencionado arriba; qué chequeos y/o pruebas fueron realizadas, o enviadas al Centro MJM, y/o realizadas por o enviadas a Barnabas Health, durante cualquier fecha antes o después de firmar este documento.

Esta autorización vencerá en cuatro (4) años a partir de la fecha de mi firma abajo, a menos que yo especifique que esta autorización terminará en la siguiente fecha: _____

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y enviar mi revocación por escrito al Director del Centro MJM. Entiendo que esta revocación no tendrá efecto en la medida que RWJBarnabas Health y el Centro MJM ya haya revelado mi información basada en esta autorización.

Entiendo que esta revelación de mi información de salud es voluntaria. Puedo rehusar firmar esta autorización. No necesito firmar este documento para poder recibir tratamiento, pagar por el tratamiento, para la inscripción o para llenar los requisitos para beneficios de salud, pero entiendo que en algunos casos es posible que mi escuela no pague por las pruebas realizadas por el Centro MJM a menos que yo revele los resultados a la escuela. Entiendo que una vez mi información se ha dado a conocer a la escuela o al equipo mencionado arriba, es posible que las leyes de privacidad del prestador de servicios de salud ya no se apliquen, y cualquier revelación de información lleva consigo el potencial para una subsiguiente revelación no autorizada por el destinatario. Si tengo preguntas acerca de la revelación de mi información de salud bajo este documento, puedo comunicarme con el director del Centro MJM.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

Si el representante legal (ej., padre de familia o tutor de un menor) firma abajo, por favor indique el parentesco y la autoridad para firmar en nombre del paciente.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL/PADRE DE FAMILIA/TUTOR:
ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL/PADRE/TUTOR: _____ FECHA:
PARENTESCO DEL REPRESENTANTE CON EL PACIENTE:

SE LE DEBE DAR UNA COPIA DEL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN AL PACIENTE (O AL REPRESENTANTE DE LOS MENORES DE EDAD)

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA PARTICIPACIÓN PREVIA DE UN CHEQUEO CARDIOVASCULAR

Nombre del Paciente

SOLICITUD Y PERMISO PARA UN CHEQUEO CARDIOVASCULAR

1. **Permiso.** Por este medio solicito y autorizo a Saint Barnabas Medical Center y a sus empleados, personal médico y agentes (colectivamente, "SBMC") para realizar un chequeo cardiovascular (el "Chequeo") de mi persona (mi hijo/a). Entiendo que dicho Chequeo involucrará tomar un historial médico resumido enfocado en la salud cardíaca y la interpretación de un ECG. De acuerdo a este Chequeo, me pueden mandar (o a mi hijo/a) a un especialista para más pruebas. También entiendo que hay otras pruebas de chequeo más avanzadas que podrían realizarse, como ecocardiogramas y pruebas de ejercicio, pero no se realizarán como parte del Chequeo, y deberé discutir la necesidad de un chequeo más avanzado con mi médico (con el de mi hijo/a). Entiendo que en ningún caso me tratarán (a mi hijo/a) por alguna afección, me darán un diagnóstico definitivo o me darán recomendaciones con respecto a continuar participando en deportes o eventos atléticos únicamente en base al Chequeo.
2. **Objetivos del Chequeo.** En un número muy limitado de ocasiones, los individuos que participan en eventos deportivos y atléticos tienen unos factores de riesgo específicos que predisponen a dichos individuos a paros cardíacos o a una muerte súbita durante, o inmediatamente después de dichas actividades atléticas (el "Factor de Riesgo Específico"). Entiendo que el objetivo del Chequeo es evaluar si yo (mi hijo/a) puede requerir pruebas cardiovasculares adicionales o una intervención para identificar un Factor de Riesgo Específico. Entiendo que el Chequeo no es ni un examen exhaustivo, ni un visto bueno médico para la participación en dichos eventos deportivos o atléticos, y yo (mi hijo/a) no seré evaluado para otras afecciones que no están relacionadas a mi función cardíaca (de mi hijo/a). Entiendo que, a pesar que yo (mi hijo/a) participe en el Chequeo, deberé consultar con mis médicos (los de mi hijo) si pienso (mi hijo/a) participar en cualquier deporte o actividad atlética. Además, si tengo alguna inquietud con respecto a mi condición física (la de mi hijo), yo (mi hijo/a) debo buscar evaluación médica adicional y tratamiento.
3. **Riesgos Inherentes.** Además entiendo que existen riesgos inherentes en participar en deportes y otros eventos atléticos y la participación en el Chequeo no reducirá los riesgos inherentes asociados con los deportes o los eventos atléticos. Además, el Chequeo no reduce el riesgo asociado con tener un Factor de Riesgo Específico, y por lo tanto, aunque el Chequeo lleve a una remisión, puede ocurrir un paro cardíaco o la muerte, ya sea participando o no en deportes u otros eventos atléticos.
4. **Otras Causas.** Existen otras posibles causas de paro cardíaco y muerte súbita en atletas no relacionadas con Factores de Riesgo Específicos, incluyendo, sin limitación, el uso de drogas ilícitas, trastornos alimenticios y accidentes. Entiendo que el Chequeo no está diseñado para identificar todas las otras causas de paro cardíaco o muerte súbita, y por lo tanto, si alguna de estas otras causas ocurre o están presentes, yo (mi hijo/a) estoy (está) en riesgo de daño físico o lesión, incluyendo la muerte súbita, a pesar que el Chequeo no identifique dichos problemas. Entiendo que debo discutir estas otras causas con mi médico (el de mi hijo/a) quien me puede aconsejar con respecto a la evaluación y el tratamiento, como sea necesario.

5. **Explicación del Chequeo.** Se me ha explicado el(los) procedimiento(s) involucrado en el Chequeo y me han proporcionado la información necesaria para que yo evalúe los riesgos y los beneficios del Chequeo propuesto. También he recibido información respecto a: (a) la naturaleza y el propósito del Chequeo; (b) alternativas al Chequeo, como también los riesgos relevantes y los beneficios de dichos procedimientos alternos; (c) las consecuencias clínicas si elijo no hacer el Chequeo; (d) los beneficios potenciales y los posibles riesgos, efectos secundarios y complicaciones asociadas con el Chequeo; y (e) la probabilidad de lograr las metas del Chequeo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y me han contestado todas mis preguntas satisfactoriamente.
6. **Sin Garantías.** Estoy consciente que hay ciertos riesgos y peligros relacionados con cualquier tratamiento o chequeo que puede resultar en complicaciones u otras consecuencias. También sé que nadie puede predecir con certeza los resultados de un tratamiento médico o chequeo porque la práctica de la medicina no es una ciencia exacta. Reconozco que no me han asegurado o garantizado nada con respecto a mi Chequeo (el de mi hijo/a). Entiendo que este Chequeo solo puede identificar un número limitado de Factores de Riesgo Específicos asociados con problemas cardíacos y que existen otros síntomas y Factores de Riesgo Específicos que no se pueden identificar con el Chequeo. Por lo tanto, a pesar de los resultados del Chequeo, no hay garantía que yo (mi hijo/a) no tenga un Factor de Riesgo Específico. Estoy consciente que pueden desarrollarse Factores de Riesgo Específicos imprevistos después del Chequeo, particularmente en adolescentes, y si yo (mi hijo/a) está en la secundaria, yo (mi hijo/a) debo repetir el Chequeo por lo menos cada dos años (y cada 3 a 4 años para individuos de edad universitaria) o antes si se desarrolla o se manifiesta algún síntoma. Entiendo que durante el curso del Chequeo, se pueden identificar problemas adicionales (aunque no hay garantía que todas y cada una de las afecciones que están presentes serán identificadas).
7. **Entendimiento de este Documento.** Confirmando que he leído y entiendo lo anterior y que todos los espacios en blanco se han llenado antes de firmarlo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas se han contestado a mi satisfacción.

Paciente/Pariente

o Tutor: _____
Firma

Escriba el nombre en letra de molde

Fecha

Parentesco si la firma no es del paciente: _____

Testigo/Intérprete: _____
Firma

Escriba el nombre en letra de molde

Fecha