

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____ Fecha: _____

PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD CARDIACA DEL ESTUDIANTE - COMPLETADAS POR EL ESTUDIANTE:

	SI	NO
Alguna vez te has desmayado o casi desmayado DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez has sentido alguna molestia, dolor o presión en el pecho cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez has sentido que tu corazón late irregularmente o cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez has sido diagnosticado con problemas cardíacos? Si tu respuesta es afirmativa, checa todas las opciones que sean aplicables:		
Alta Presión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección en el Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Kawasaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra condición: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna vez un doctor ha ordenado alguna prueba o análisis de tu corazón? (como por ejemplo un ECG o ecocardiograma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sientes mareado o sientes que te falta el aliento más de lo normal cuando haces ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has tenido ataques inexplicados o ataques de asma inducidos por hacer ejercicio? (Si tu respuesta es afirmativa, favor de indicar cual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sientes cansado o te falta el aliento más rápidamente que tus compañeros al hacer ejercicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS ACERCA DE LA SALUD CARDIACA DEL ESTUDIANTE - COMPLETADAS POR EL PADRE DE FAMILIA O TUTOR:

	SI	NO
Algún familiar falleció de problemas cardíacos o inexplicadamente antes de cumplir 50 años (incluyendo ahogamientos, accidentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien de su familia sufre de Miocardia Hipertrofica, Síndrome de Marfan, Arritmia del Ventrículo Derecho, Síndrome QT Largo, Síndrome QT Corto, Síndrome de Bugada, o Cathcholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia? Favor de indicar cual enfermedad y cual es su parentesco si su respuesta es afirmativa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguien de su familia tiene problemas cardíacos, marcapasos o un desfibrilador implantado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algún familiar ha sufrido de desmayos inexplicados o ataques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utilice el siguiente espacio para explicar las respuestas a las que contestó afirmativamente.