



## PAQUETE DE TAMIZAJE CARDIACO

Queridos padres y estudiantes:

Gracias por formar parte de nuestra misión para crear conciencia sobre el Paro Cardíaco Repentino (PCR) por medio de tamizaje (evaluaciones de diagnóstico) cardíaco a adolescentes. Nuestra meta es de poder tamizar a miles de adolescentes e identificar cientos de anomalías cardíacas, que ponen al 1-2% de los adolescentes en riesgo de tener un PCR.

Nuestro equipo voluntario de doctores médicos, cardiólogos, enfermeros y técnicos clínicos ayudaran hacer una evaluación de diagnóstico a su adolescente. El proceso dura aproximadamente una hora, y recibirá los resultados el mismo día. Le urgimos que comparta los resultados con su médico para que formen parte del expediente clínico de su adolescente.

Los siguientes formularios deben estar completos y presentes durante el tamizaje:



**TRAIGA ESTOS DOCUMENTOS CON USTED**

**NO PODREMOS HACER EL EXAMEN SIN ESTOS DOCUMENTOS:**

1. Formulario de permiso y exención para una evaluación cardíaca
2. Cuestionario del historial clínico del estudiante/atleta

El día de la evaluación, los adolescentes deberán traer puesto una playera y pants o shorts deportivos. Además, las mujeres deberán traer puesto un corpiño deportivo. A las mujeres se les pedirá que se quiten la playera, pero en todo momento traerán puesto el corpiño deportivo. Los muchachos y muchachas recibirán la evaluación y prueba en áreas separadas.

Les sugerimos a los padres que acompañen a sus hijos como chaperón. Les aseguramos que habrá confidencialidad, privacidad y la modestia individual será considerada en todos los aspectos del programa.

El tamiz no es invasivo ni causa dolor (no hay agujas ni exposición a rayos-X) y consiste de:

- Un repaso al cuestionario del historial clínico
- Electrocardiograma (ECG) de tamiz. Se pegan unos pequeños parches con adhesivo suave en el pecho, piernas y brazos de los estudiantes. A los parches se les fijan electrodos y se registra la actividad eléctrica del corazón.
- A algunos estudiantes también se les podría hacer un ecocardiograma limitado (ultrasonido) de su corazón

Un simple ECG, usado para evaluar a los jóvenes quienes participan en actividades físicas, puede detectar afecciones muy serias del corazón que no se pueden detectar con un estetoscopio, incluyendo aproximadamente el 60% de las anomalías o "marcadores" asociados con la muerte cardíaca repentina. Por favor tome en cuenta que aproximadamente el 2% de las evaluaciones de detección hechas con un ECG dan como resultado un falso-positivo. Esto puede requerir una segunda evaluación con su médico. Creemos que el beneficio de este tamiz, que posiblemente le puede salvar la vida a alguien, es mucho más importante que el contratiempo que se acaba de mencionar.

Gracias por su participación,

El equipo de Olivia's Heart Project

**Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: info@oliviasheartproject.org

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With

**CCMC**  
Central Cardiology

**BAKERSFIELD**  
HEART  
HOSPITAL



**DEBE TRAER ESTOS DOCUMENTOS  
AL EVENTO DE TAMIZAJE**



## **FORMULARIO DE PERMISO Y EXENCION PARA UNA EVALUACION CARDIACA**

### **I. Participación voluntaria**

Yo, quien firma al calce, (por favor marque uno)  DOY ,  NO DOY a mi hijo/hija \_\_\_\_\_ de participar voluntariamente en la Evaluación Cardíaca en la cual mi hijo(a) habrá entregado un cuestionario del historial clínico y en la que puede recibir un electrocardiograma, y posiblemente también un ecocardiograma. Quien firma al calce reconoce y está de acuerdo en que la participación en la evaluación de detección cardíaca es completamente voluntaria y que es la decisión de quien firma al calce 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. Un ecocardiograma es una prueba no invasiva que utiliza ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón que puede detectar anomalías cardíacas.

Sí. Autorizo que el personal de Olivia's Heart Project me contacte para que yo haga alguna pregunta que me haya surgido después de conocer los resultados de la prueba de hoy.

No, no quiero que me contacten para hablar de los resultados de la prueba de hoy.

Iniciales del padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_

*Al proporcionar la información del cuestionario del historial clínico solicitado y en consulta con los médicos y otros profesionales médicos el día de la evaluación, declaro que entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:*

### **II. Asunción de riesgo, deslinde y exención**

La información proporcionada en los cuestionarios acompañantes, a mí mejor saber y entender, es completa y correcta. Entiendo y reconozco que el encuentro 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 o con 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 de mi hijo(a) o condición física. Este no es un estudio diagnóstico y no se pretende que sustituya los chequeos médico regulares de mi hijo(a). Adicionalmente, entiendo y reconozco que yo o el / la padre / madre / guardián debo(e) compartir los resultados anormales con el médico personal de mi hijo(a) tan pronto como sea posible. Yo o el / la padre / madre /guardián 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 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 las pruebas y / o los resultados y que nadie asociado con Olivia's Heart Project o con la escuela tendrá la obligación o la responsabilidad de informe o a el padre, la madre o guardián, directivo escolar o a otros sobre los resultados de las pruebas cardíacas.

Para que se le haga la evaluación de detección cardíaca a mi hijo(a) y que participe en esta evaluación, quien firma al calce, **POR ESTE MEDIO RENUNCIA A LAS RECLAMACIONES, 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 están llevando a cabo o participando en este proceso de evaluación, de la escuela, del distrito escolar y de todo proveedor o vendedor, patrocinador, sus directivos, 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 cualquier forma por la participación de mi hijo(a) este programa como resultado de negligencia, incumplimiento de garantía o estricta responsabilidad de las personas asociadas con la evaluación cardíaca.

**Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: info@oliviasheartproject.org

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With

**CCMC**  
Central Cardiology

**BAKERSFIELD  
HEART  
HOSPITAL**



**DEBE TRAER ESTOS DOCUMENTOS  
AL EVENTO DE TAMIZAJE**

## **FORMULARIO DE PERMISO Y EXENCION PARA UNA EVALUACION CARDIACA**

Quien firma al calce aún más acuerda que ni quien firma al calce ni ninguno de los herederos, personal o representantes legales o miembros de la familia de quien firma al calce, entablarán una demanda o reclamación por enfermedad, lesión o muerte como consecuencia de la evaluación de detección cardíaca y que este documento de deslinde es vinculante para mis herederos, legatarios, administradores y representantes personales.

Entiendo que toda la información médica que se obtenga por medio de la participación de mi hijo(a) en este programa se mantendrá confidencial y que no la retendrán ni usarán la escuela ni quien haya hecho la referencia. Una vez que los resultados se le hayan comunicado al estudiante y/o a sus padres, la información se volverá anónima por medio de la eliminación de información personal que pueda identificar al participante. Autorizo a Olivia's Heart Project que junte la información anónima remanente y la use para investigación médica y/o académica.

Iniciales del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente concedo permiso para utilizar mi imagen o la de mi hijo/a en fotografías y/o vídeos en todas las publicaciones y materiales promocionales de Olivia's Heart Project. Por lo tanto, renuncio a mi derecho a regalías o otra compensación derivado o relacionado con el uso de la(s) fotografía(s) o el vídeo.

Iniciales del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

**Quienes firman al calce declaran que han leído atentamente y comprendido todos y cada uno de los términos, condiciones y párrafos de las disposiciones contenidas en este documento.**

Fecha de la evaluación cardíaca Nombre del Estudiante Fecha de nacimiento

Nombre de la escuela del estudiante

Nombre del padre o guardián **Firma del padre o guardián**

Dirección Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono del padre Número de teléfono alternativo

¿Tiene usted un pediatra o médico familiar a quien consulta regularmente? \_\_ Sí \_\_ No

¿Si "no" busca los servicios de una clínica comunitaria o de atención urgente para los servicios médicos que necesita? \_\_ Sí \_\_ No

Pediatra o medico primario Numero de teléfono



**DEBE TRAER ESTOS DOCUMENTOS AL EVENTO DE TAMIZAJE**



## QUESTIONARIO MEDICO

**CONFIDENTIAL**

Por favor llena el formulario en su totalidad. Las condiciones del corazón se ven afectadas por diversas variables. Responder con honestidad ayudará a los médicos a valorar acertadamente la salud de tu corazón.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA ESCUELA \_\_\_\_\_

### Historial clínico del estudiante

¿Es usted alérgico al látex \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Alguna vez le han dicho que no hagas mucho deporte? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han dicho que tienes la presión alta? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han dicho que tienes una enfermedad del corazón? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una enfermedad crónica? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido alguna lesión? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," por favor haga una lista \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado o te han llevado a emergencias? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," por favor haga una lista \_\_\_\_\_

¿Le han hecho alguna cirugía? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," por favor haga una lista \_\_\_\_\_

¿Estás tomando alguna medicina recetada? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No  
Si "Sí," por favor haga una lista \_\_\_\_\_

### Historial social del estudiante

¿Alguna vez has usado sustancias o suplementos para mejorar tu rendimiento? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Toma bebidas de energía? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

### Historial clínico familiar

¿Alguien menor de 50 años se ha enfermado del corazón? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Alguien menor de 50 años se ha muerto del corazón? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Alguien ha tenido desmayos o ataques que no tienen explicación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Alguien ha muerto antes de los 50 años inesperada o inexplicablemente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

### Estado actual del estudiante

Marque todo lo que aplique. Puede dejar una respuesta en blanco si no es aplicable.

Si tiene dolor de pecho o siente presión— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si se le saltan latidos del corazón— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si su corazón late rápidamente— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si siente que le falta aire— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si se le hinchan los tobillos o las piernas— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si siente mareos— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

Si tiene desmayos o ataques— Cuando?

Descansa      Camina      Hace Ejercicio

**Sabe si alguien en su familia tiene alguna enfermedad del corazón?**

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si contesto si, por favor explique quien y cuál es la enfermedad.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: info@oliviasheartproject.org

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With





DEBE TRAER ESTOS DOCUMENTOS  
AL EVENTO DE TAMIZAJE



## SCREENING EVALUATION

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Fecha de la evaluación

**Evaluación** (to be completed by Olivia's Heart Project)

ECG

Normal

Anormal

Notes:

ECHO

Normal

Anormal

Notes:

Medical Questionnaire Review

Normal

Anormal

Notes:

Follow-up Call

TO WHOM

DATE

Records Sent

TO WHOM

DATE

Screening within range

Needs further review

**Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: info@oliviasheartproject.org

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With





**DEBE TRAER ESTOS DOCUMENTOS  
AL EVENTO DE TAMIZAJE**



**ESTA FORMA DEBE SER LLENADA  
POR EL MEDICO**

Estimado Padre,

Gracias por su participación. Encontramos los resultados de su adolescente dentro de los límites normales.

Esta evaluación no sustituye una relación duradera con el médico de cabecera, quien conoce el historial clínico de su adolescente y los cambios en su estado de salud. Ningún tamiz puede identificar al 100% de los individuos en riesgo de padecer un episodio cardíaco repentino.

Le instamos a que continúe haciéndole chequeos de salud anuales a su adolescente y que platique las preocupaciones o cambios en la salud con su médico de cabecera. Si tiene preguntas acerca de la salud de su adolescente, por favor contacte a su médico.

Gracias,

---

Olivia's Heart Project

---

MEDICO

**Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: [info@oliviasheartproject.org](mailto:info@oliviasheartproject.org)

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With





## **PREGUNTAS FRECUENTES** **SOBRE LA EVALUACIONES DE ELECTROCARDIOGRAMA (ECG)**

### **Qué es un ECG?**

Un ECG es una prueba no invasiva y sin dolor que evalúa la salud del corazón. Mide el ritmo cardíaco y la actividad eléctrica a través de electrodos sujetos a pequeños parches que se pegan con un adhesivo suave al pecho, piernas y brazos del adolescente.

### **Qué significaría que el resultado del ECG de tamiz de mi hijo indicara que se necesitan más evaluaciones?**

Podría significar la presencia de una enfermedad cardíaca grave que puede requerir más pruebas y tratamiento por su médico. Su médico determinará la necesidad de llevar a cabo más pruebas y tratamiento.

### **Qué tan pronto debo llevar a mi hijo a ver al médico?**

Si el resultado del ECG de su hijo refleja que necesitara más evaluaciones, deberá llevarlo a una consulta médica antes de que pasen dos semanas de haber recibido los resultados del ECG de tamiz.

### **Se dará un diagnóstico sobre el ECG de tamiz de mi hijo?**

NO. Solo se puede hacer un diagnóstico clínico incorporando los resultados del ECG de tamiz con el historial y un chequeo que haga su propio médico. Si le dicen que su hijo necesita seguimiento adicional, usted puede llevarle a su médico una copia del ECG y del historial clínico, o nosotros podemos enviarle al médico una copia por adelantado cuando usted nos proporcione la información de contacto.

### **Se compartirán con la escuela los resultados de mi hijo?**

Por supuesto que no. Esta es información de salud que solo se compartirá con usted. No se compartirá ninguna información con otras personas sin su expresa autorización por escrito si el resultado del ECG de tamiz de mi hijo/a indica la necesidad de evaluación y pruebas de seguimiento con su médico.

### **Si la evaluación demuestra que mi hijo/a requiere evaluación y pruebas de seguimiento con su médico., quiere decir que mi hijo/a tiene una enfermedad mortal?**

Podría ser, pero un 2% de los ECG de tamiz dará como resultado un encuentro "falso positivo." Un ECG falso positivo indica que podría existir un defecto, pero al hacer más pruebas se verifica que no hay problema. Estamos conscientes de que un falso positivo puede causar un poco de ansiedad en los padres. Creemos que el beneficio de este tamiz, que en potencia puede salvar la vida, supera esta preocupación.

### **Si el ECG de tamiz de mi hijo está dentro de los límites normales, significa que tiene un corazón sano?**

Un ECG solamente puede detectar al 60% de las personas en riesgo de muerte cardiaca repentina. Hay algunas afecciones que no se pueden detectar con un ECG. Hasta que no haya más pruebas, esta es la mejor herramienta para identificar a quienes están en riesgo. Este ECG es un complemento a la evaluación que haga el médico de su hijo. El cuestionario del historial clínico que van a llenar también puede proporcionar información importante acerca de síntomas y dar pistas acerca del historial familiar que pudieran indicar que es necesario que su médico haga más pruebas. Es importante entregarle a su médico una copia del ECG y una copia del historial clínico para incorporar los datos al expediente clínico de su hijo.

### **Si el ECG de mi hijo está dentro de los límites normales, se necesita repetir de nuevo en los próximos años?**

Este ECG pretende ser un punto de referencia para poder comparar futuras evaluación. Las recomendaciones internacionales de actualidad dicen que hay que repetir el ECG cada dos años hasta que el adolescente cumpla 25 años de edad.

#### **Olivia's Heart Project**

PO Box 22346 | Bakersfield, CA. 93390

Phone: (661) 331-9157 | Email: [info@oliviasheartproject.org](mailto:info@oliviasheartproject.org)

[www.OliviasHeartProject.org](http://www.OliviasHeartProject.org)

In Association With

**CCMC**  
Central Cardiology

**BAKERSFIELD  
HEART  
HOSPITAL**