



Health Center
Detección de riesgo cardíaco pediátrico (niños de 12 años y mayores)

Nombre del paciente: _____ **Edad del paciente:** _____

Nombre del acompañante del paciente el día de hoy: _____ **Relación con el paciente:** _____

Razón de la visita: _____

1. ¿Alguna vez se ha desmayado, ha perdido el conocimiento o de repente tuvo una convulsión inexplicable y sin previo aviso, especialmente al hacer ejercicio o en respuesta a ruidos fuertes repentinos, tales como timbres de puertas, despertadores y teléfonos que suenan?

2. ¿Alguna vez ha tenido dolor de pecho relacionado con el ejercicio o dificultad para respirar?

3. ¿Alguien de su familia inmediata (padres, abuelos, hermanos) u otros parientes más lejanos (tías, tíos, primos) ha fallecido por problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada antes de los 50 años? Esto incluiría ahogamientos inesperados, accidentes automovilísticos inexplicables en los que el pariente conducía o muerte infantil súbita (SIDS, por sus siglas en inglés).

4. ¿Es pariente de alguien con MCH o miocardiopatía hipertrófica obstructiva, síndrome de Marfan, ACM (miocardiopatía arritmogénica), SQTL (síndrome de QT largo), síndrome de QT corto, BrS (síndrome de Brugada) o CPVT (taquicardia ventricular polimórfica de catecolaminas) o alguien menor de 50 años con marcapasos o desfibrilador implantable?
