



12-17 años

Para los PADRES

Por favor complete estas formas antes de su cita hoy.

Gracias!

SPORTS HISTORY FORM

Formulario de historial clínico para participación de deportes

Name/ Nombre: _____

Date of birth/ Fecha de nacimiento: _____

Sport(s)/Deporte(s): _____

QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL ATLETA/PACIENTE

List past and current medical conditions -- *Mencione los padecimientos médicos pasados y actuales que haya tenido:*

Have you ever had surgery? If yes, list all past surgical procedures --*Alguna vez se le practicó una cirugía? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus cirugías previa:*

Medicines and supplements: List all current prescriptions, over-the-counter medicines, and supplements (herbal and nutritional) - *Medicamentos y suplementos: Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre y suplementos (herbolarios y nutricionales) que consume.*

Do you have any allergies? If yes, please list all your allergies (ie, medicines, pollens, food, stinging insects) - *¿Sufre de algún tipo de alergia? Si la respuesta es afirmativa, haga una lista de todas sus alergias (por ejemplo, a algún medica-mento, al polen, a los alimentos, a las picaduras de insectos).*

For the following questions, explain “Yes” answers at the end of this form. Circle questions if you don’t know the answer.)

Para las siguientes preguntas, dé una explicación para las preguntas en las que contestó “Sí”, en la parte final de este formulario. Encierre en un círculo las preguntas si no sabe la respuesta).

GENERAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS GENERALES SOBRE EL ATLETA/PACIENTE			
1	Do you have any concerns that you would like to discuss with your provider? <i>¿Tiene alguna preocupación que le gustaría discutir con su proveedor de servicios médicos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
2	Has a provider ever denied or restricted your participation in sports for any reason? <i>¿Alguna vez un proveedor de servicios médicos le prohibió o restringió practicar deportes por algún motivo?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
3	Do you have any ongoing medical issues or recent illness? <i>¿Padece algún problema médico o enfermedad reciente?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT - PREGUNTAS SOBRE EL SALUD CARDIOVASCULAR DEL ATLETA/PACIENTE			
4	Have you ever passed out or nearly passed out during or after exercise? <i>¿Alguna vez se desmayó o estuvo a punto de desmayarse mientras hacía, o después de hacer, ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
5	Have you ever had discomfort, pain, tightness, or pressure in your chest during exercise? <i>¿Alguna vez sintió molestias, dolor, compresión o presión en el pecho mientras hacía ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
6	Does your heart ever race, flutter in your chest, or skip beats (irregular beats) during exercise? <i>¿Alguna vez sintió que su corazón se aceleraba, palpitaba en su pecho o latía intermitente- mente (con latidos irregulares) mientras hacía ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
7	Has a doctor ever told you that you have any heart problems? <i>¿Alguna vez un médico le dijo que tiene prob- lemas cardíacos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
8	Has a doctor ever requested a test for your heart? For example, electrocardiography (ECG) or echocardiography. <i>¿Alguna vez un médico le pidió que se hiciera un examen del corazón? Por ejemplo, electro- cardiografía (ECG) o ecocardiografía.</i>	Yes <i>Sí</i>	No
9	Do you get light-headed or feel shorter of breath than your friends during exercise? <i>Cuando hace ejercicio, ¿se siente mareado o siente que le falta el aire más que a sus amigos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
10	Have you ever had a seizure? <i>¿Alguna vez tuvo convulsiones?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

HEART HEALTH QUESTIONS ABOUT YOUR FAMILY - PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CARDIOVASCULAR DE SU FAMILIA			
11	Has any family member or relative died of heart problems or had an unexpected or unexplained sudden death before age 35 years (including drowning or unexplained car crash)? <i>¿Alguno de los miembros de su familia o pari- ente murió debido a problemas cardíacos o tuvo una muerte súbita e inesperada o inexplicable antes de los 35 años de edad (incluyendo muerte por ahogamiento o un accidente auto- movilístico inexplicables)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
12	Does anyone in your family have a genetic heart problem such as hypertrophic cardiomyopathy (HCM), Marfan syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), long QT syndrome (LQTS), short QT syndrome (SQTS), Brugada syndrome, or catecholaminergic poly- morphic ventricular tachycardia (CPVT)? <i>¿Alguno de los miembros de su familia padece un problema cardíaco genético como la mio- cardiopatía hipertrófica (HCM), el síndrome de Marfan, la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (ARVC), el síndrome del QT largo (LQTS), el síndrome del QT corto (SQTS), el síndrome de Brugada o la taquicardia ven- tricular polimórfica catecolaminérgica (CPVT)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
13	Has anyone in your family had a pacemaker or an implanted defibrillator before age 35? <i>¿Alguno de los miembros de su familia utilizó un marcapasos o se le implantó un desfibrilador antes de los 35 años?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

BONE AND JOINT QUESTIONS - PREGUNTAS SOBRE LOS HUESOS Y LAS ARTICULACIONES			
14	Have you ever had a stress fracture or an injury to a bone, muscle, ligament, joint, or tendon that caused you to miss a practice or game? <i>¿Alguna vez sufrió una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que le hizo faltar a una práctica o juego?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
15	Do you have a bone, muscle, ligament, or joint injury that bothers you? <i>¿Sufre alguna lesión ósea, muscular, de los ligamentos o de las articulaciones que le causa molestia?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

OTHER MEDICAL QUESTIONS ABOUT THE ATHLETE/PATIENT – OTRAS PREGUNTAS SOBRE CONDICIONES MÉDICAS DEL ATLETA/PACIENTE			
16	Do you cough, wheeze, or have difficulty breathing during or after exercise? <i>¿Tose, sibila o experimenta alguna dificultad para respirar durante o después de hacer ejercicio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
17	Are you missing a kidney, an eye, a testicle (males), your spleen, or any other organ? <i>¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (en el caso de los hombres), el bazo o cualquier otro órgano?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
18	Do you have groin or testicle pain or a painful bulge or hernia in the groin area? <i>¿Sufre dolor en la ingle o en los testículos, o tiene alguna protuberancia o hernia dolorosa en la zona inguinal?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
19	Do you have any recurring skin rashes or rashes that come and go, including herpes or methicillin-resistant Staphylococcus aureus(MRSA)? <i>¿Padece erupciones cutáneas recurrentes o que aparecen y desaparecen, incluyendo el herpes o Staphylococcus aureus resistente a la metilina (MRSA)?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
20	Have you had a concussion or head injury that caused confusion, a prolonged headache, or memory problems? <i>¿Alguna vez sufrió un traumatismo craneoencefálico o una lesión en la cabeza que le causó confusión, un dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
21	Have you ever had numbness, had tingling, had weakness in your arms or legs, or been unable to move your arms or legs after being hit or falling? <i>¿Alguna vez sintió adormecimiento, hormigueo, debilidad en los brazos o piernas, o fue incapaz de mover los brazos o las piernas después de sufrir un golpe o una caída?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
22	Have you ever become ill while exercising in the heat? <i>¿Alguna vez se enfermó al realizar ejercicio cuando hacía calor?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
23	Do you or does someone in your family have sickle cell trait or disease? <i>¿Usted o algún miembro de su familia tiene el rasgo drepanocítico o padece una enfermedad drepanocítica?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
24	Have you ever had or do you have any problems with your eyes or vision? <i>¿Alguna vez tuvo o tiene algún problema con sus ojos o su visión?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
25	Do you worry about your weight? <i>¿Le preocupa su peso?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
26	Are you trying to or has anyone recommended that you gain or lose weight? <i>¿Está tratando de bajar o subir de peso, o alguien le recomendó que baje o suba de peso?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
27	Are you on a special diet or do you avoid certain types of foods or food groups? <i>¿Sigue alguna dieta especial o evita ciertos tipos o grupos de alimentos?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
28	Have you ever had an eating disorder? <i>¿Alguna vez sufrió un desorden alimenticio?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

FEMALES ONLY - ÚNICAMENTE MUJERES			
29	Have you ever had a menstrual period? <i>¿Ha tenido al menos un periodo menstrual?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
30	How old were you when you had your first menstrual period? <i>¿A los cuántos años tuvo su primer periodo menstrual?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
31	When was your most recent menstrual period? <i>¿Cuándo fue su periodo menstrual más reciente?</i>	Yes <i>Sí</i>	No
32	How many periods have you had in the past 12 months? <i>¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en los últimos 12 meses?</i>	Yes <i>Sí</i>	No

Explanation for yes answers above

Explicación para las preguntas en las que contestó “Sí”



Evaluación de Necesidades Familiares^{1,2}

Nuestro objetivo en Gardner Packard Children's Health Center es brindar la mejor atención posible para su hijo y su familia. Nos gustaría asegurarnos de que conoce los recursos disponibles para las necesidades de su familia. Por favor, conteste a las preguntas y dar al médico de su hijo al comienzo de la visita. ¡Gracias!

1. ¿En cuál de estas áreas le gustaría recibir ayuda o recursos adicionales hoy? (Marque todo lo que corresponda)

- Comida
- Alojamiento
- Condiciones de vivienda (ejemplo: moho en casa)
- Utilidades
- Transporte
- Apoyo Educativo
- Cuidado de niños o preescolar

- Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál de las preocupaciones anteriores es la más importante de hoy?

FORMULARIO PARA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Riesgo por exposición

1. ¿Algún familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto tuvo tuberculosis? Sí No
2. ¿Ha tenido su hijo/a, un familiar o alguien con quien su hijo/a haya tenido contacto un resultado positivo en un análisis de tuberculosis o ha recibido medicamentos para tratar la tuberculosis? Sí No
3. ¿Nació su hijo/a en otro país*? Sí No
4. ¿Ha viajado su hijo/a fuera de los Estados Unidos (por más de un mes)*? Sí No

*Excluyendo Canadá, Australia, Nueva Zelanda o los países del norte y el oeste de Europa

Confirmando que la información arriba detallada es verdadera según mi leal entender y saber.

Firma del Padre o Tutor _____ Fecha _____