

School/ Escuela \_\_\_\_\_  
Student name (first and last) / Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_  
MRN # \_\_\_\_\_



# HEART HEALTH SURVEY

## ENCUESTA SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN

Teen Heart Student Athlete Screening/ Evaluación de estudiantes atletas de Teen Heart

**Meridian High School**

**Tuesday, October 29, 2024/Martes 29 de Octubre de 2024**

### CONTACT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Student Name / Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Street Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ State / Estado: \_\_\_\_\_ Zip / Código postal: \_\_\_\_\_

Date of birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Contact Phone / Teléfono de contacto del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Student Contact Phone / Teléfono de contacto del estudiante: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name / Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Email Address / Dirección de correo electrónico del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Teen Heart Student Athlete Screen – youth heart screening is available to any child ages 14-24. ***This screen is not intended for children who have a diagnosed heart condition and are followed by a cardiologist. The screen is intended to identify undiagnosed heart disease and should not be a substitute for a cardiology visit or follow-up testing.***

These cardiac tests would typically cost between \$125 and \$1,500 (depending on the complexity). With the generous support of PeaceHealth St. Joseph Cardiovascular Center, Boston Scientific, Whatcom County Fire District # 7, Whatcom County Fire District #14, Whatcom County Fire District #1 and local businesses in the community, this important screening is **FREE**.

Examen de detección de enfermedades cardíacas para estudiantes atletas adolescentes: el examen de detección de enfermedades cardíacas para jóvenes está disponible para cualquier adolescente de entre 14 y -24 años . ***Este examen no está destinado a adolescentes que tengan una afección cardíaca diagnosticada y sean controlados por un cardiólogo. El examen está destinado a identificar enfermedades cardíacas no diagnosticadas y no debe reemplazar una visita al cardiólogo ni una prueba de seguimiento.***

Estas pruebas cardíacas suelen costar entre \$125 y \$1,500 (según la complejidad). Con el generoso apoyo de PeaceHealth St. Joseph Cardiovascular Center, Boston Scientific, Whatcom County Fire District # 7, Whatcom County Fire District # 14, Whatcom County Fire District # 1 y empresas locales de la comunidad, esta importante evaluación es **GRATUITA** .



School/ Escuela \_\_\_\_\_

Student name (first and last) / Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

MRN # \_\_\_\_\_

## TEEN HEART SCREENING PARTICIPATION AGREEMENT

The Teen Heart Student Athlete Screening is offering a heart screening program for students, athletes, and young adults age 14-24. The information obtained from participants will be reviewed by medical personnel at the event. The identity of the screening participants and information obtained in the screening program will remain confidential and available only to the medical personnel helping at the event. The screening program may include:

- Medical History Questionnaire
- Blood pressure
- Physical examination
- Electrocardiogram (ECG - measures electrical activity in the heart)
- Echocardiogram (Echo - an ultrasound picture of the heart)

### Data Collection Analysis and Reporting

The data collected related to your heart screen will be reviewed by medical personnel participating in this event. By agreeing to this heart screen, you understand and provide permission that the information collected about you during the screening process, including the information contained in your medical Heart Health Survey, will be reviewed by medical personnel at this screening. Medical personnel will provide you with a summary of the results of your screening and may recommend additional evaluation through follow-up with your physician or specialist.

By agreeing to participate in the program, if so indicated, you give permission to The Teen Heart Screen and medical personnel to provide your screening results to your physician or cardiologist, and you authorize your physician to share the results and diagnosis of any subsequent testing with The Teen Heart Screen .

I hereby give my permission for images of my child and/or myself, captured during a youth heart screening through video, photo or digital camera, to be used solely for the purposes of the heart screen event promotional material and post-event publicity, and waive any rights of compensation or ownership thereto.

**I acknowledge that I have read the above agreement to participate and understand its contents. Any questions have been answered to my satisfaction. I agree to be a participant in this heart screening, and in connection therewith, I consent to the release of information obtained in connection with the screening as described above. I understand that The Teen Heart Screen will not disclose my identity to any third party without my consent. I understand that I may withdraw from the screening. I further agree to hold The Teen Heart Screen , all physicians, technicians, volunteers, and all other persons, entities, individuals and organizations harmless and waive all subrogation rights against The Teen Heart Screen and their directors, officers and volunteers as respects process and results of this free heart screening performed on this day.**

Date: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Signature of Participant**

Parental/Guardian Consent for Participants under the Age of 18:

As parent/guardian of the above minor participant, I acknowledge that I have read the above agreement to participate and understand its contents. Any questions have been answered to my satisfaction. I grant permission for my child to participate in this cardiovascular screening. I consent to the release of information in connection with the screening as described above. I understand The Teen Heart Screen will not disclose my child's identity to any third party without my consent. I understand that I may withdraw my child from the screening or follow-up at any time without penalty.

Date: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Signature of Parent/Guardian**

School/ Escuela \_\_\_\_\_

Student name (first and last)/Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

MRN # \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE PARTICIPACIÓN EN LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE RIESGOS CARDÍACOS EN ADOLESCENTES

El programa de detección de enfermedades cardíacas para estudiantes atletas adolescentes ofrece un programa de detección de enfermedades cardíacas para estudiantes, atletas y adultos jóvenes de entre 14 y 24 años. El personal médico del evento revisará la información obtenida de los participantes. La identidad de los participantes y la información obtenida en el programa de detección se mantendrán confidenciales y estarán disponibles únicamente para el personal médico que colabore en el evento. El programa de detección puede incluir:

- Cuestionario de historial médico
- Presión arterial
- Examen físico
- Electrocardiograma (ECG : mide la actividad eléctrica del corazón)
- Ecocardiograma (Eco, -una imagen ultrasónica del corazón)

### Recopilación de datos, análisis y presentación de informes

El personal médico que participe en este evento revisará los datos recopilados relacionados con su evaluación cardíaca. Al aceptar esta evaluación cardíaca, usted comprende y otorga su permiso para que el personal médico revise la información recopilada sobre usted durante el proceso de evaluación, incluida la información contenida en su Encuesta médica sobre la salud cardíaca. El personal médico le proporcionará un resumen de los resultados de su evaluación y puede recomendar una evaluación adicional mediante un seguimiento -con su médico o especialista.

Al aceptar participar en el programa, si así se indica, usted otorga permiso a The Teen Heart Screen y al personal médico para proporcionar los resultados de su evaluación a su médico o cardiólogo, y autoriza a su médico a compartir los resultados y el diagnóstico de cualquier prueba posterior con The Teen Heart Screen.

Por la presente, doy mi permiso para que las imágenes de mi hijo y/o mías, capturadas durante un examen cardíaco para jóvenes a través de video, fotografía o cámara digital, se utilicen únicamente para los fines del material promocional del evento de examen cardíaco y la publicidad posterior al evento, y renuncio a cualquier derecho de compensación o propiedad sobre las mismas.

**Reconozco que he leído el acuerdo anterior para participar y comprendo su contenido. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Acepto participar en este examen cardíaco y, en relación con ello, doy mi consentimiento para la divulgación de la información obtenida en relación con el examen como se describe anteriormente. Entiendo que The Teen Heart Screen no revelará mi identidad a ningún tercero sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirarme del examen. Además, acepto eximir de responsabilidad a The Teen Heart Screen, a todos los médicos, técnicos, voluntarios y a todas las demás personas, entidades, individuos y organizaciones, y renuncio a todos los derechos de subrogación contra The Teen Heart Screen y sus directores, funcionarios y voluntarios con respecto al proceso y los resultados de este examen cardíaco gratuito realizado este día.**

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del participante**

Consentimiento de los padres o tutores para participantes menores de 18 años:

Como padre/tutor del menor participante mencionado anteriormente, reconozco que he leído el acuerdo anterior para participar y comprendo su contenido. Todas las preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy permiso para que mi hijo participe en esta evaluación cardiovascular. Doy mi consentimiento para la divulgación de información en relación con la evaluación como se describe anteriormente. Entiendo que The Teen Heart Screen no revelará la identidad de mi hijo a ningún tercero sin mi consentimiento. Entiendo que puedo retirar a mi hijo de la evaluación o del seguimiento -en cualquier momento sin penalización.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/tutor**

School/ Escuela \_\_\_\_\_

Student name (first and last)/Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

MRN # \_\_\_\_\_

Please complete the following questions regarding the individual being screened:

Por favor, complete las siguientes preguntas sobre la persona que será evaluada:

Age / Edad: \_\_\_\_\_

Gender / Género: Male / Masculino Female / Femenino

Race/ethnicity: (check all that apply) / Raza/etnia: (marque todas las que correspondan)

- African-American/Black (Afroamericano/Negro)
- Caucasian/White (Caucásico/blanco)
- Hispanic/Latino (Hispano/Latino)
- Asian/Pacific Islander (Asiático/isleño del Pacífico)
- Native American (Nativo americano)
- Other: please specify (Otro: por favor especifique): \_\_\_\_\_

### SPORTS & PHYSICAL ACTIVITY/ DEPORTES Y ACTIVIDAD FÍSICA

1) Do you participate in sports and/or other physical activities? Yes / Si No / No  
¿Participa usted en deportes y/o otras actividades físicas?

If yes, what level:

Si es así, ¿qué nivel?: Club/Select (Club/Seleccionar) High School (Escuela secundaria)  
Recreational/Intramural (Recreativo/Intramuros) College (Colega) Professional (Profesional)

If YES, what sport(s) do you play?

Si es así, ¿qué deporte(s) practicas?

(check all that apply) (marque todas las que correspondan)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Baseball / Béisbol                    | <input type="checkbox"/> Frisbee / Disco                   | <input type="checkbox"/> Softball / Sofbol                         |
| <input type="checkbox"/> Basketball /<br>Baloncesto            | <input type="checkbox"/> volador                           | <input type="checkbox"/> Skiing/Snow Boarding<br>/ Esquí/Snowboard |
| <input type="checkbox"/> Cheer / Porrista                      | <input type="checkbox"/> Golf / Golf                       | <input type="checkbox"/> Squash / Squash                           |
| <input type="checkbox"/> Cross country/A<br>campo traviesa     | <input type="checkbox"/> Gymnastics /<br>Gimnasia          | <input type="checkbox"/> Swimming/Diving /<br>Natación/Buceo       |
| <input type="checkbox"/> Cycling / Ciclismo                    | <input type="checkbox"/> Hockey / Hockey                   | <input type="checkbox"/> Tennis / Tenis                            |
| <input type="checkbox"/> Football / Fútbol<br>americano        | <input type="checkbox"/> Lacrosse / Lacrosse               | <input type="checkbox"/> Track / Pista                             |
| <input type="checkbox"/> Field Hockey / Hockey<br>sobre césped | <input type="checkbox"/> Martial Arts / Artes<br>marciales | <input type="checkbox"/> Volleyball / Voleibol                     |
| <input type="checkbox"/> Fencing / Esgrima                     | <input type="checkbox"/> Rowing / Remo                     | <input type="checkbox"/> Wrestling / Lucha                         |
|  | <input type="checkbox"/> Rugby / Rugby                     | <input type="checkbox"/> Other / Otro:<br>_____                    |
|  | <input type="checkbox"/> Soccer / Fútbol                   |  |

2) Are you currently enrolled in a Physical Education (PE) Class? Yes / Si No / No  
¿Estás actualmente inscrito en una clase de Educación Física (EF)?

3) Exercise and physical activity per week. On average I get... (check one)  
Ejercicio y actividad física por semana. En promedio, hago... (marque una opción)

- More than 10 hours of exercise or physical activity per week / Más de 10 horas de ejercicio o actividad física por semana

School/ Escuela \_\_\_\_\_

Student name (first and last)/Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

MRN # \_\_\_\_\_

- 5-10 hours of exercise or physical activity per week / 5 -10 horas de ejercicio o actividad física por semana
- 2-5 hours of exercise or physical activity per week / 2 -5 horas de ejercicio o actividad física por semana
- Less than 2 hours of exercise or physical activity per week / Menos de 2 horas de ejercicio o actividad física por semana

### MEDICAL HISTORY / HISTORIA CLÍNICA

Do you have any ongoing medical condition?  
¿Tiene usted alguna condición médica actual? Yes / Si No / No

If yes, what condition(s)?

Si es así, ¿cuáles condiciones? Asthma / Asma ADHD / TDAH Diabetes / Diabetes

High blood pressure / Hipertensión

Pre-existing heart condition / Enfermedad cardíaca preexistente: \_\_\_\_\_

Other / Otro: \_\_\_\_\_

Are you taking any medication(s)?

¿Está tomando algún medicamento? Yes / Si No / No

If yes, please list / Si es así, por favor enumere cuales:

---

---

Have you had a sports physical examination by a physician or other medical provider within the last 12 months?

¿Le han realizado un examen físico deportivo un médico u otro proveedor médico dentro de los últimos 12 meses? Yes / Si No / No

Student's Primary Care Physician / Médico de atención primaria del estudiante \_\_\_\_\_

### HEART HEALTH QUESTIONS / PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL CORAZÓN

1. Do you get chest pain when you exercise? / ¿Sientes dolor en el pecho cuando haces ejercicio?
2. Have you ever passed out during or immediately after exercise? / ¿Alguna vez te has desmayado durante o inmediatamente después de hacer ejercicio?
3. Do you have unexplained shortness of breath or fatigue during exercise? / ¿Tiene dificultad para respirar o fatiga inexplicable durante el ejercicio?
4. Does your heart ever suddenly race (beat fast) without good reason? / ¿Alguna vez tu corazón se acelera repentinamente (late rápido) sin una buena razón?
5. Have you ever had an unexplained seizure? / ¿Alguna vez has tenido una convulsión inexplicable?
6. Have you ever been diagnosed with: (if yes, check all that apply) / ¿Alguna vez le han diagnosticado: (si es así, marque todas las opciones que correspondan)?

- High Blood Pressure / Hipertensión
- High Cholesterol / Colesterol alto
- Kawasaki Disease / Enfermedad de Kawasaki
- A Heart Infection / Una infección del corazón

School/ Escuela \_\_\_\_\_

Student name (first and last)/Nombre del estudiante (nombre y apellido) \_\_\_\_\_

MRN # \_\_\_\_\_

Any other Heart Problem (please list) /

\_\_\_\_\_

Cualquier otro problema cardíaco (enumere  
por favor):

7. Has anyone in your family died suddenly from a heart problem

before the age of 40? / ¿Alguien en tu familia ha muerto repentinamente por un problema cardíaco?

Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

8. ¿Alguien en tu familia ha muerto repentinamente por una razón desconocida antes?

la edad de 40 años (incluido el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL),

¿Accidente automovilístico inexplicable o ahogamiento)?

Relationship / Parentesco: \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien en su familia tiene alguno de los siguientes genes específicos?

Condiciones del corazón:

Hypertrophic Cardiomyopathy /

Miocardiopatía hipertrófica

Long QT Syndrome / Síndrome de QT

largo

Dilated Cardiomyopathy / Miocardiopatía

dilatada

Short QT Syndrome / Síndrome del QT corto

Arrhythmogenic Right Ventricular Cardiomyopathy (ARVC) / Miocardiopatía arritmogénica del  
ventrículo derecho (MAVD)

Catecholaminergic Polymorphic Ventricular Tachycardia (CPVT) / Taquicardia ventricular polimórfica  
catecolaminérgica (TVPC)

Brugada syndrome / Síndrome de Brugada

Marfan Syndrome / Síndrome de Marfan