



503-216-6800 • www.PlaySmartGetScreened.org

Play Smart™ se utiliza para examinar a personas jóvenes a fin de detectar anomalías cardiovasculares graves que podrían no observarse en evaluaciones pediátricas típicas. Ningún programa de detección identifica todas las anomalías.

Las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón para realizar exámenes de detección cardiovascular en atletas antes de su participación en competencias incluyen un cuestionario de detección y un examen físico cuya finalidad es identificar aspectos de la salud que podrían indicar un problema cardiovascular. Tanto los síntomas como los hallazgos del examen físico pueden incluir dolor/molestia en el pecho al realizar esfuerzos, desmayo o desvanecimiento inexplicable, particularmente durante o inmediatamente después de hacer ejercicio, fatiga excesiva o inexplicable asociada con el ejercicio, soplo cardíaco y/o presión arterial elevada. Antecedentes familiares de muerte súbita cardíaca, muerte inexplicada de personas de corta edad, o anomalías cardíacas estructurales o eléctricas específicas también pueden implicar un mayor riesgo. Hable con su proveedor de cuidado primario sobre la presencia de cualquiera de estos signos o síntomas, así como de antecedentes familiares preocupantes, independientemente del examen de detección, para determinar cualquier evaluación y/o tratamiento adicional que pueda requerirse.

Por favor responda el cuestionario que está en la siguiente página. En el examen de detección Play Smart™ tomaremos su peso, estatura y presión arterial y le haremos un electrocardiograma (ECG/EKG). Se le entregará una copia de su electrocardiograma cuando concluya el examen de detección. **Usted recibirá un correo electrónico privado de Providence con sus resultados dos semanas después de su examen de detección.**

Dependiendo de los resultados, se le podría recomendar que se haga un ultrasonido cardíaco gratuito (ecocardiograma) o un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Si se hace un ecocardiograma de detección y se detecta una anomalía, le entregaremos una copia digital de su ultrasonido para que lo comparta con su médico. **No entregaremos los resultados de su evaluación a su escuela o a su médico. Todos los resultados se envían a la familia del participante.**

FOR OFFICE USE ONLY

Play Smart ID: _____ BP: _____ Height: _____ Weight: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
Nombre Apellido (Nombre legal solamente, no usar sobrenombres)

Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Grado: _____
mm/dd/aaaa

Elija todas las opciones que correspondan:

Afroamericano/negro Caucásico/blanco Indígena estadounidense
 Asiático/isleño del Pacífico Hispano/latino Sudasiático
 Otro (especificar): _____

(1) ¿A qué escuela asiste? _____ No aplica

(2) ¿Pertenece a un equipo deportivo de grupo o practica un deporte individual? Sí No

Si responde afirmativamente, indique el nivel: Recreativo/intramuros Club/Selecto Escuela
Universidad Profesional

(3) En promedio, ¿Durante cuántas horas hace ejercicio o realiza actividades físicas cada semana? (Seleccione una opción)

Más de 10 5-10 2-5 Menos de 2

(4) ¿Cómo se enteró de Play Smart™?

Familia, amigo, compañero de trabajo: _____ Médico (nombre): _____

Escuela, personal de la escuela (¿cuál?): _____ Entrenador, equipo (nombre): _____

TV, radio, Internet, periódico, volante en el correo, folleto (¿cuál?): _____ Otro: _____

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL: _____

Correo electrónico del padre/madre/tutor legal:

Teléfono hogar: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Información del médico, opcional)

FOR OFFICE USE ONLY

Play Smart ID: _____ BP: _____ Height: _____ Weight: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ No se especifica un médico

Dirección del médico: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: (_____) _____ - _____