



## MMM21 FORMULARIO DE CAPTURA DE DATOS

POR FAVOR, COMPLETE EL FORMULARIO CON MAYÚSCULAS ÚNICAMENTE CON TINTA NEGRA Y MARQUE CON UNA X EN LAS CASILLAS **X**

ACERCA DEL SITIO DE EXAMEN			
*1a	Nombre del país:	*1b. Nombre de la Ciudad/Poblado/Villa:	
2	ID del sitio y/o email del investigador:		
3	¿Dónde es tu sitio de examen?	<input type="checkbox"/> Hospital/Clinica/Farmacia <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Área pública (dentro) <input type="checkbox"/> Área pública (fuera) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	
*4	Fecha de la evaluación	...../...../.....	
SOBRE EL PARTICIPANTE			
COMPLETANDO ESTE FORMULARIO USTED DA CONSENTIMIENTO DE COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICA SI NO CONOCE LA RESPUESTA DÉJELA EN BLANCO			
5	Origen étnico (expresado)	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sur de Asia <input type="checkbox"/> Este/Sur Este Asiatico <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro	
6	¿Cuándo fue la última vez que te tomaste tu presión arterial?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Más de los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Dentro de los últimos 12 meses	
7	¿Ha participado usted en MMM en años anteriores? (Seleccione todas las que aplican)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 2017 <input type="checkbox"/> 2018 <input type="checkbox"/> 2019	
*8	En alguna ocasión ha sido usted diagnosticado con presión arterial alta por un profesional de la salud (Común durante el embarazo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9	¿Cuántas clases de medicamentos actualmente toma para su presión arterial?***	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 + <input type="checkbox"/> No sé	
10	¿Paga usted normalmente por la consulta y los medicamentos cuando se trata de su presión arterial?	<input type="checkbox"/> No pago <input type="checkbox"/> Pago una part <input type="checkbox"/> Pago por todo <input type="checkbox"/> No estoy seguro si pago una parte o todo	
11	¿Toma usted regularmente sus medicamentos para tratar su presión arterial? Si no es así ¿Por qué? Seleccione todas las que aplican	<input type="checkbox"/> Lo hago <input type="checkbox"/> Es muy caro <input type="checkbox"/> No esta disponible fácilmente <input type="checkbox"/> Efectos secundarios <input type="checkbox"/> Sólo las tomo cuando las necesito <input type="checkbox"/> Prefiero medicina alternativa <input type="checkbox"/> Se me olvida	
12	¿Actualmente toma usted los siguientes medicamentos?	a) Statin <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé      b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
*13	¿Cuántos años tiene? (estime si no sabe)	Años <input type="checkbox"/> Marque X si es estimado	
*14	¿Cuál es su sexo?	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro	
15	Si es mujer ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
16	Si es mujer ¿Su presión arterial ha aumentado en este o en embarazos previos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
17	Si es mujer, actualmente usted está tomando...	a) Anticoncepción hormonal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b) Tratamiento de reemplazo hormonal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18	¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero fumé en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca	
19	¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca/raramente <input type="checkbox"/> 1-3 veces por mes <input type="checkbox"/> 1-6 veces por semana <input type="checkbox"/> Todos los días	
20	¿Ha sido usted diagnosticada con diabetes por un profesional de la salud (Común durante el embarazo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
21	Usted alguna vez ha sufrido de....	a) Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b) Derrame <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
22	¿Alguna vez has tenido una prueba positiva de COVID-19 (Coronavirus)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
23	¿Su tratamiento de presión arterial se ha visto afectado por el COVID-19 (Coronavirus)?	<input type="checkbox"/> Para nada or N/A† <input type="checkbox"/> Medicamentos usuales no disponibles <input type="checkbox"/> Antiguos medicamentos cambiaron <input type="checkbox"/> Nuevos medicamentos agregados <input type="checkbox"/> Comenzar con medicamentos por primera vez <input type="checkbox"/> Dejé mis medicamentos <input type="checkbox"/> No se tiene acceso a servicios de atención médica	
24	¿Ha recibido la vacuna del COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
25	¿Hace usted al menos 150 minutos de ejercicio moderado (caminata rápida) o 75 minutos de más vigoroso ejercicio por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
26	¿Cuántos años de educación tiene usted?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-6 años <input type="checkbox"/> 7-12 años <input type="checkbox"/> Más de 12 años	
MEDIDAS			
27	Peso (estimado si no pesado)	Kilogramos (kg) <input type="checkbox"/> libras (lb) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado
28	What was your birthweight?	Kilogramos (kg) <input type="checkbox"/> libras (lb) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No sé
29	¿Cuál es el fabricante de la máquina que usa para medir su presión arterial?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Otro	
*30		Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
	Primera medida		
	Segunda medida		
	Tercera medida		
		Pulso	

\*Estas preguntas deben ser respondidas para poder ser enviadas para la medición del mes de Mayo

Nota: No grabe ninguna información del paciente que pueda identificarlo. Por ejemplo: nombre, dirección

\*\*Sur de Asia con orígenes de : India, Pakistan, Bangladesh, Nepal, Butan, Maldivas y Sirlanka. Este/Sur Este Asiático con orígenes de cualquier otro país del este del subcontinente de la India

\*\*\*Esto significa cuántos medicamentos son tomados, es decir, ACE-inhibitors, ARBs, diuréticos, betabloqueantes, inhibidores de canales calcio, bloqueador alfa, otros. Si no está seguro, por favor escriba el número de diferentes medicamentos que toma cada día. (Si usted está tomando 1 medicamento dos veces al día, éste cuenta como 1).

† N/A no aplica