

MMM23 FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS



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



SCREENING SITE	1a	Nombre del país:	1b. Nombre de la Ciudad/Poblado/Villa:			
	2	ID del sitio (código de país y número de sitio): ___/___				
	3	¿Dónde se encuentra la ubicación del examen?	<input type="checkbox"/> Hospital/Clínica/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	...DD.../...MM.../...YY...			
COMPLETANDO ESTE FORMULARIO USTED DA SU CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN PARA PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN ACADÉMICA. SI NO CONOCE LA RESPUESTA DÉJELA EN BLANCO. NO INCLUYA NINGUNA INFORMACIÓN DEL PACIENTE QUE PUEDA IDENTIFICARLO. POR EJEMPLO: NOMBRE, DIRECCIÓN						
ABOUT THE PARTICIPANT	5	¿Cuántos años tiene? (estime si no lo sabe)	Años	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado		
	6	¿Cuál es su sexo?	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro			
	7	Origen étnico (expresado)	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sur de Asia <input type="checkbox"/> Este/Sur Este Asiático <input type="checkbox"/> Oriente Medio <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro			
	8	¿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			
	9	¿Has participado en MMM al menos una vez antes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	10	En alguna ocasión ha sido usted diagnosticado de presión arterial alta por un profesional de la salud (Común durante el embarazo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	10a	En caso afirmativo, ¿a qué edad se le diagnosticaron?	Yrs			
	11	¿Está tomando algún medicamento para la presión arterial?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
	11a	Si respondió Sí a la P11, ¿cuántos tipos diferentes de medicamentos para la presión arterial está tomando?*	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/> Don't know			
	12	¿Paga usted normalmente por la consulta cuando se trata de su presión arterial?	<input type="checkbox"/> No pago <input type="checkbox"/> Pago una parte <input type="checkbox"/> Pago por todo <input type="checkbox"/> No estoy seguro si pago una parte o todo			
	13	¿Paga usted habitualmente por la medicación para su presión arterial?	<input type="checkbox"/> No pago <input type="checkbox"/> Pago una parte <input type="checkbox"/> Pago por todo <input type="checkbox"/> No estoy seguro si pago una parte o todo			
	14	¿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			
	15	¿Actualmente toma usted los siguientes medicamentos?	a) Estatina <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 c) Warfarina/anticoagulante (diluyentes de la sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
	16	Si es mujer ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	17	Si es mujer ¿Su presión arterial ha aumentado en este o en embarazos previos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Y/o en un embarazo anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	18	Si es mujer, actualmente usted está tomando...	a) Anticoncepción hormonal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b) Tratamiento hormonal sustitutivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	19	¿Consumo tabaco? (incluyendo tabaco de mascar, puros, pipas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero fumé en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca			
	20	¿Vapeas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero lo hizo en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca			
	21	¿Consumo 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			
	22	¿Alguna vez ha experimentado o ha sido diagnosticado como teniendo...	a) Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b) Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Latidos cardíacos irregulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f) Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	23	¿Ha tenido una prueba positiva para COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, ¿hace cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> 0-3 meses <input type="checkbox"/> 3 – 6 meses <input type="checkbox"/> 6 – 12 meses <input type="checkbox"/> >12 meses			
	23a	Si respondió Sí a la pregunta 23, ¿todavía tiene síntomas de COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	24	¿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			
	25	¿Qué tipo de dieta llevas?	<input type="checkbox"/> Omnívoro*** <input type="checkbox"/> Vegetariano <input type="checkbox"/> Pescetarian (peixe, mas nenhuma outra carne) <input type="checkbox"/> Vegán (sem carne, peixe ou produtos de origem animal)			
	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			
	MEASUREMENTS	27	Peso (estimado si no pesado)	Kilograms (kg) OR Pounds (lbs)	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado	
28		Altura	Metros (m) OR Pés polegadas	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado		
29		¿Cuál fue su peso al nacer?	Kilograms (kg) OR Pounds (lbs)	<input type="checkbox"/> No sé		
30		¿Cuál es el fabricante de la máquina que usa para medir su presión arterial?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Otro			
31			Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Pulso	¿El pulso era regular?
		Primera medida				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Segunda medida				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Tercera medida				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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

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

**Esto significa cuántos medicamentos han sido recetados, es decir, IECAs, ARA2, diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, bloqueador alfa, otros. Si no está seguro, por favor escriba el número de los diferentes medicamentos que toma cada día. (Si usted está tomando 1 medicamento dos veces al día, éste cuenta como 1).

† N/A no aplica

*** Una persona que come una variedad de alimentos de origen vegetal y animal