

MMM24 FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

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



Sitio de Selección	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 <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Área pública (dentro) <input type="checkbox"/> Área pública (fuera) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo		
	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					
Sobre el participante	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*	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		
	10*	¿Está tomando algún medicamento para la presión arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	10a*	Si respondiste SÍ a la pregunta 10, ¿Cuántas clases de medicamentos toma actualmente para su presión arterial?***	<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		
	11	¿Actualmente toma usted los siguientes medicamentos?	a) Estatina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know b) Aspirina <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know c) Warfarina/anticoagulante (diluyentes de la sangre) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
	12*	Si es mujer ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	13	¿Consume tabaco? (incluyendo tabaco de mascar, puros, pipas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero fumé en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca		
	14	¿Vapeas? (Incluido el cigarrillo electrónico)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, pero fumé en el pasado <input type="checkbox"/> Nunca		
	15	Do you consume alcohol?	<input type="checkbox"/> Never/rarely <input type="checkbox"/> 1-3 times per month <input type="checkbox"/> 1-6 times per week <input type="checkbox"/> Daily		
	16*	¿Alguna vez ha experimentado o ha sido diagnosticado como teniendo...	a) Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No b) Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No d) Latidos cardíacos irregulares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No f) Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	17	¿Tienes un padre o hermano con diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
	18	¿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		
	19	¿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"/> Vegan (sem carne, peixe ou produtos de origem animal)		
	20	¿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 anos		
	Medidas	21*	Peso (estimado si no pesado)	Kilograms (kg) OR Pounds (lbs)	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado
22*		Altura	Metros (m) OR Pés polegadas	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado	
23		¿Cuál es el tamaño de tu cintura?	Centímetros (cm) OR Pulgadas	<input type="checkbox"/> Marque X si es estimado	
24		¿Cuál es el fabricante de la máquina que usa para medir su presión arterial?	<input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Otro		
25*			Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica	Pulso
	Primera medida				
	Segunda medida				
	Tercera medida				

* 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 Sri Lanka. 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.