

MMM26 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... | | |
| <p>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</p> | | | | | |
| 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 recetado para bajar su presión arterial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | |
| | 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"/> 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 | | |
| | 12* | Si es mujer ¿Está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | |
| | 13 | ¿Consumes 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 | ¿Consumes 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 | | |
| | 16 | ¿Con qué frecuencia consumes bebidas con alto contenido de cafeína? (por ejemplo, café, bebidas energéticas como Red Bull). | <input type="checkbox"/> Nunca o < 4 por mes <input type="checkbox"/> 1-6 veces por semana <input type="checkbox"/> 1-3 veces por día <input type="checkbox"/> 4 o más por día | | |
| | 17* | ¿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 sé b) Ictus o ACV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé 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 sé f) Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | 18 | ¿tienes un padre, madre, hermanos o hermanas diagnosticados con ... | a) Presión arterial alta (hipertensión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé b) Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé | | |
| | 19 | ¿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 | | |
| | 20 | ¿Usted conoce que sales ricas en potasio (o reducidas o bajas en sodio) pueden bajar la presión arterial? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | 21 | ¿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 | | |
| 22 | ¿Usted usa un equipo (monitor) para medir la presión arterial en casa? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si un brazalete de brazo <input type="checkbox"/> Si un brazalete de muñeca | | | |
| 22a | Si contestó "sí" en la pregunta 22, ¿cuán frecuente usa el monitor? | <input type="checkbox"/> 1 vez al mes <input type="checkbox"/> 1 a 3 veces al mes <input type="checkbox"/> 1 a 6 veces por semana <input type="checkbox"/> ≥ 1 vez al día | | | |
| Medidas | 23* | Peso (estimado si no pesado) | Kilograms (kg) OR Pounds (lbs) | <input type="checkbox"/> Marcar si es estimado <input type="checkbox"/> No sé | |
| | 24* | Altura (estimado si no pesado) | Metros (m) OR Pés polegadas | <input type="checkbox"/> Marcar si es estimado <input type="checkbox"/> No sé | |
| | 25 | Tamaño de la cintura (estimado si no pesado) | Centímetros (cm) OR Pulgadas | <input type="checkbox"/> Marcar si es estimado <input type="checkbox"/> No sé | |
| | 26 | ¿Cuál es el fabricante de la máquina que usa para medir su presión arterial? | <input type="checkbox"/> OMRON <input type="checkbox"/> Otro | | |
| | 27* | | 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 Srilanka. Este/Sur Este Asiático con orígenes en cualquier otro país del este del subcontinente de la India

*** Esto significa cuantos 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).

**** Esto se refiere al número total de sesiones de medición de la presión arterial en el hogar, no al número de lecturas de presión arterial tomadas.