

Formulario de valores clínicos y seguimiento

SÓLO PARA USO INTERNO (Para la Estrategia 3)

No. de identificación del participante: _____

Nombre de la persona que completa el cuestionario: _____

No. de identificación del promotor(a): _____

Lugar donde se imparte el proyecto:

₁Clínica

Datos del participante

1. Fecha de hoy (MM/DD/AÑO): ____/____/____

2. Edad (en años): ____

3. Sexo: ₁Masculino ₂Femenino

4. ¿Se considera usted hispano o latino? ₁Si ₂No

5. De qué raza se considera? Seleccione una o más de estas categorías.

₁Nativo de Alaska

₂India americana

₃Asiática

₄Negra o africana americana

₅Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico

₆Blanca

6. Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado País

7. Tiempo viviendo en los Estados Unidos: ____ años ____ meses

8. Idioma que prefiere: ₁Inglés ₂Español ₃Ambos

9. ¿Hay en su familia historia de enfermedades del corazón? ₁Si ₂No ₃No sé

Formulario de valores clínicos y seguimiento *(continuación)*

	Datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO	6 meses después de los datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO	12 meses después de los datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO
10. Colesterol en la sangre			
¿Alguna vez le ha dicho su médico u otro profesional de la salud que usted tiene el colesterol alto?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
¿Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
Colesterol Total	_____ mg/dL	_____ mg/dL	_____ mg/dL
LDL	_____ mg/dL	_____ mg/dL	_____ mg/dL
HDL	_____ mg/dL	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Triglicéridos	_____ mg/dL	_____ mg/dL	_____ mg/dL
11. Presión arterial			
¿Alguna vez le ha dicho su médico u otro profesional de la salud que usted tiene prehipertensión?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
¿Alguna vez le ha dicho su médico u otro profesional de la salud que usted tiene presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
¿Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
Promedio de dos medidas:			
Sistólica	_____ mmHg	_____ mmHg	_____ mmHg
Diastólica	_____ mmHg	_____ mmHg	_____ mmHg

Formulario de valores clínicos y seguimiento *(continuación)*

	Datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO	6 meses después de los datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO	12 meses después de los datos basales Fecha: ___/___/___ MM DD AÑO
12. Diabetes			
¿Alguna vez le ha dicho su médico u otro profesional de la salud que usted tiene la prediabetes?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
¿Alguna vez le ha dicho su médico u otro profesional de la salud que usted tiene un nivel alto de glucosa (azúcar) en la sangre?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
¿Toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No
Hb A1c	_____ %	_____ %	_____ %
Nivel de glucosa en la sangre (en ayunas)	_____ mg/dL	_____ mg/dL	_____ mg/dL
13. Sobrepeso y obesidad			
Peso	_____ libras o _____ kilos	_____ libras o _____ kilos	_____ libras o _____ kilos
Estatura	__ pies __ pulgadas o _____ metros _____ centímetros	__ pies __ pulgadas o _____ metros _____ centímetros	__ pies __ pulgadas o _____ metros _____ centímetros
Índice de masa corporal (IMC)	_____ IMC	_____ IMC	_____ IMC
Medida de la cintura	_____ pulgadas o _____ centímetros	_____ pulgadas o _____ centímetros	_____ pulgadas o _____ centímetros
14. Medicamentos: Si el paciente toma medicamentos pregunte lo siguiente:			
¿Toma sus medicamentos siguiendo las instrucciones del doctor?	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No	<input type="checkbox"/> ₁ Si <input type="checkbox"/> ₂ No