Formulario de pruebas para identificar el riesgo de enfermedades del corazón

SÓLO PARA USO INTERNO (Para la Estrategia 2b)
Número de identificación del participante: _____
Nombre de la persona que completa el formulario: _____ Número de identificación del promotor o promotora: _____
Lugar donde se imparte el proyecto: ❒$_2$Organización comunitaria: _____ ❒$_3$Otro lugar (favor especifique): _____
Nombre de la organización conquien está asociado: _____

Utilice este cuadro para registrar las valores o medidas correspondientes para cada participante en el proyecto.

	Fecha *Pre-test* ____/____/____ MM DD AÑO	Fecha *Post-test* ____/____/____ MM DD AÑO
Presión arterial Promedio de dos lecturas: Sistólica (número superior) Diastólica (número inferior)	 _____mmHg _____mmHg	 _____mmHg _____mmHg
Sobrepeso y obesidad Estatura Peso Índice de masa corporal (IMC) Medida de la cintura	 ____pies ____pulgadas ____metros ____centímetros ____libras o _____ kilos ____IMC ____pulgadas o ___centímetros	 ____pies ____pulgadas ____metros ____centímetros ____libras o _____ kilos ____IMC ____pulgadas o ___centímetros
Colesterol en la sangre Total LDL HDL Triglicéridos	 _____mg/dL _____mg/dL _____mg/dL _____mg/dL	 _____mg/dL _____mg/dL _____mg/dL _____mg/dL

Formulario de pruebas para identificar el riesgo de enfermedades del corazón *(continued)*

Glucosa en la sangre		
Hb A1c	_____%	_____%
Nivel de glucosa en la sangre (no en ayunas)	_____mg/dL	_____mg/dL
Nivel de glucosa en la sangre (en ayunas)	_____mg/dL	_____mg/dL

Todo participante con un nivel elevado de cualquiera de estas medidas deberá ser referido para una evaluación adicional.

¿Tiene el participante un nivel elevado de alguna medida? ❒$_1$Si ❒$_2$No
En caso afirmativo, el participante será referido a: _____

¿El participante recibió cuidados de seguimiento? ❒$_1$Si ❒$_2$No