



FORMULARIO DE LECTURAS IMPRESAS

POR FAVOR COMPLETE EN BLOQUE SOLAMENTE CAPITALES, EN TINTA NEGRA
E INSERTAR SOLAMENTE X EN LOS CAMPOS DE LA CHECKBOX



SOBRE EL SITIO DE RECLUTAMIENTO

*1	País	
*2	Ciudad/Pueblo	
3	Identificación del Lugar o Dirección de E-Mail	
4	¿Dónde se realiza la medición?	<input type="checkbox"/> Hospital/clínica <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Área pública (exterior) <input type="checkbox"/> Área pública (en el interior) <input type="checkbox"/> Otro
*5	Día de la Medición (dd/mm/aa)	/ /
*6	Hora de la Medición (Formato de 24h: 14:25)	:
7	Temperatura en el Sitio de Reclutamiento (°C)	<input type="checkbox"/> °C <input type="checkbox"/> °F

SOBRE LOS PARTICIPANTES

*8	Por favor, confirma que Ud. que los datos registrados son anónimos y Ud. da el permiso para que las lecturas sean usadas para investigación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	Etnia or Raza.**	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asia del Sur <input type="checkbox"/> Asiático del este <input type="checkbox"/> Sudeste Asiático <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hispano árabe (solo Estados Unidos) <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Otro
10	Alguna vez le han medido la Presión Arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Le han medido la Presión Arterial en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	Ha participado Ud. en el MMM17?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	Algun Profesional de la Salud le ha diagnosticado, alguna vez, Presión Arterial alta (Salvo en el embarazo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*14	Esta tomado Ud. medicamentos para el tratamiento de la Presión Arterial alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
*15	Cuantos años tiene Ud.? (Estimar si desconocido)	<input type="checkbox"/> Marque si se estima
16	¿Cuál es su sexo?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
17	Esta Ud. embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18	Esta Ud. en ayunas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19	Tiene Ud. Diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
20	Fuma Ud.?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21	Toma Ud. Alcohol?	<input type="checkbox"/> Nunca / raramente <input type="checkbox"/> 1-3 veces por mes <input type="checkbox"/> Una vez por semana
22	Tuvo Ud. alguna vez ataque de corazón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé
23	Tuvo Ud. alguna vez un ataque cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé

MEDICIONES

24	Peso (Estimar si desconocido)	Kilogramos (kg) <input type="radio"/> Libras (lbs) <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Marque si se estima
25	Altura (Estimar si desconocido)	' " Pies y Pulgadas <input type="radio"/> Centímetros (cm) <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Marque si se estima
26	Que tipo de medidor de Presión Arterial se usó para medir la PA?	<input type="checkbox"/> Automatizado <input type="checkbox"/> No automatizado	
27	Cual es la Marca y Modelo?		
28	Que brazo se usó para medir la Presión Arterial (PA)?	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	
		Presión Arterial Sistólica (PAS)	Presión Arterial Diastólica (PAD)
*29	Primera medición		Frecuencia Cardíaca (FC)
30	Segunda medición		
31	Tercera medición		

* Estas preguntas se deben responder para poder enviarlas para el mes de medición de mayo

nota: No registre ningún dato personal que pueda identificar al paciente, p. Nombre dirección.

** Asia meridional: con orígenes de: India, Pakistán, Bangladesh, Nepal, Bhután, Maldivas y Sri Lanka

Este asiático - con orígenes de: China continental, Hong Kong, Macao, Taiwán, Japón, Mongolia, Corea del Norte y Corea del Sur, China, Hong Kong, Japón, Macao, Mongolia, Corea del Norte, Corea del Sur, Taiwán

Sudeste asiático - con orígenes de: Camboya, Laos, Myanmar (Birmania), Tailandia, Vietnam y Malasia, Brunei (en la isla de Borneo), Indonesia, Filipinas, Singapur y Timor Oriental