

SOBRE O SITIO DE RECRUTAMENTO

1*	País	ESP
2*	Cidade/ pobo /CP	
3	Identificación do lugar ou email	
4	¿Onde está o seu lugar?	<input type="checkbox"/> Hospital/clínica <input type="checkbox"/> Farmàcia <input type="checkbox"/> Lugar de traballo <input type="checkbox"/> Área pública (exterior) <input type="checkbox"/> Área pública (interior) <input type="checkbox"/> Outro
5*	Día da medición	/ /
6*	Hora de la medición (Formato de 24h: 14:25)	:
7	Temperatura da sala.	°C

SOBRE OS PARTICIPANTES

8*	Confirma que os datos rexistrados son anónimos e dá permiso para que sexan empregados para fins académicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
9	Etnia ou raza	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asia do Su <input type="checkbox"/> Asia do leste <input type="checkbox"/> Sueste asiático <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Hispà (sols Estats Units) <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Outros
10	¿Algunha vez medíronlle a presión arterial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
11	En caso de responder si, ¿foi durante os últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
12	¿Participou no MMM17?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
13	¿Algún profesional da saúde diagnosticoulle, algunha vez, presión arterial alta? (salvo no embarazo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
14*	Actualmente, ¿toma algún medicamento para o tratamento presión arterial alta? (antihipertensivo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non o sabe
15*	Idade (estimada se a descoñece)	<input type="checkbox"/> Marque se estima
16	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro
17	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
18	¿Está en xaxún	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
19	¿Padece diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
20	¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non
21	¿Consume alcohol?	<input type="checkbox"/> nunca ou case nunca <input type="checkbox"/> 1-3 veces o mes <input type="checkbox"/> polo menos 1 vez por semana
22	¿Sufriu algún ataque ao corazón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non o sabe
23	¿Sufriu algunha enfermidade cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non o sabe

MEDIDAS

24	Peso (estimado se o descoñece)	Kg	<input type="checkbox"/> Marque se estima
25	Alçada (estimeu si desconeguda)	cm	<input type="checkbox"/> Marque se estima
26	¿Qué tipo de aparello de presión arterial usouse para medir a PA?	<input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/> NON AUTOMÁTICO	
27	Marca e modelo		
28	Brazo de medida	<input type="checkbox"/> dereita <input type="checkbox"/> esquerda	
	Presión arterial sistólica (PAS)	Presión arterial diastólica (PAD)	Frecuencia cardíaca
29*	1.º medición		
30	2.º medición		
31	3.º medición		

*Estas preguntas debense responder para poder envialas para o mes de medición de maio.