

DATOS SOBRE FACTORES DE RIESGO

¿Es usted fumador de tabaco?

No, nunca fumé Si, fumo Fumaba, pero lo dejé

Si contestó que fuma o fumaba responda a estas preguntas:

¿Con qué edad empezó a fumar?

--	--

¿Cuántos cigarrillos o puros fuma o fumaba al día ?

--	--

Si ya no fuma ¿con qué edad lo dejó?

--	--

¿Ha sido diagnosticado por algún médico de hipertensión arterial (tensión alta)?

No Si No sabe

¿Toma medicinas para controlar su tensión arterial?

No Si No sabe

¿Ha sido diagnosticado por algún médico de hipercolesterolemia (colesterol alto)?

No Si No sabe

¿Toma medicinas actualmente para bajar su colesterol?

No Si No sabe

¿Ha sido diagnosticado por algún médico de diabetes (azúcar en la sangre)?

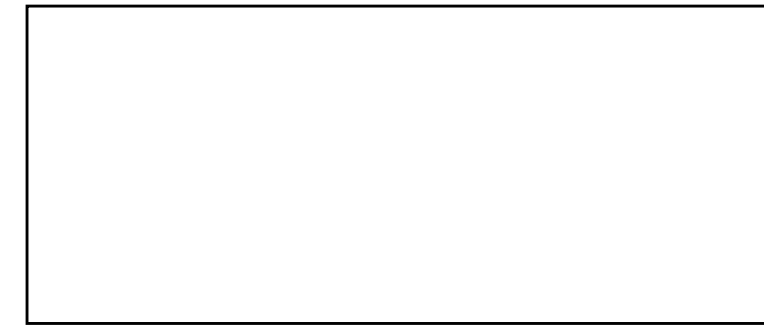
No Si No sabe

¿Toma pastillas actualmente para bajar el azúcar?

No Si No sabe

¿Se pone insulina actualmente para bajar el azúcar?

No Si No sabe



Una vez cumplimente la encuesta introdúzcala en el sobre que se adjunta y dépositelo en un buzón de correos de su localidad. Si tiene alguna dificultad para entender o completar la encuesta, tiene a su disposición el teléfono 924 84 78 38 donde le ayudarán de 9 a 14,00 h de lunes a viernes. Tanto su médico de cabecera como su enfermero/a conocen los contenidos y objetivos del estudio. Ellos también pueden prestarle ayuda, si lo precisa, para completar esta encuesta.

A la encuesta le acompaña una petición de análisis de sangre y orina que le realizarán en su centro de salud. Su médico le informará sobre los resultados. Si no desea realizarse el análisis por cualquier motivo envíenos, por favor, de todas formas la encuesta rellena.

NORMAS DE CUMPLIMENTACIÓN DE LA ENCUESTA

Escriba a bolígrafo dentro de los cuadros como le mostramos a continuación:

- **Datos:** una letra en cada cuadro

Fechas: un número en cada cuadro

Nombre

M	A	N	U	E	L				
---	---	---	---	---	---	--	--	--	--

Fecha de cumplimentación

2	9	/	0	7	/	1	9	6	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- **Opciones:** marque con una cruz la opción elegida como en el siguiente ejemplo

¿Precisó ingreso hospitalario?

No Si

Correcto

¿Precisó ingreso hospitalario?

No Si

Incorrecto

Fecha de cumplimentación de la encuesta

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATOS DE CONTACTO

Por favor actualice los datos de identificación y teléfono:

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Dirección : Calle número planta casa

Localidad

Teléfono fijo Teléfono móvil

Si lo desea puede aportarnos los datos de contacto de alguna persona cercana a usted (familiar, vecino, amigo) para facilitarnos futuros contactos.

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Teléfono fijo Teléfono móvil

INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES PADECIDAS

¿Algún médico le ha diagnosticado en alguna ocasión las siguientes enfermedades?

¿Angina de pecho?

No Si No sabe

¿Infarto de miocardio?

No Si No sabe

¿Ictus (trombosis o hemorragia cerebral) ?

No Si No sabe

¿Insuficiencia cardiaca?

No Si No sabe

¿Arritmia cardíaca (fibrilación auricular)?

No Si No sabe

¿Insuficiencia renal?

No Si No sabe

¿Insuficiencia circulatoria (isquemia arterial) en las piernas?

No Si No sabe

Si precisó ingreso ¿en qué hospital fue?

- Hospital Don Benito-Villanueva
- Hospital de Talarrubias (Siberia-Serena)
- Hospital de Mérida
- Hospital Infanta Cristina de Badajoz
- Hospital San Pedro Alcántara - Cáceres

En otro hospital (nombre y localidad)

Fecha aproximada de ingreso

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Ha sido intervenido (operado) de algún problema vascular?

- ¿del corazón (coronarias)? No Si No sabe
- ¿de la aorta? No Si No sabe
- ¿de la cabeza o cuello (carótidas)? No Si No sabe
- ¿de las piernas? No Si No sabe

Si ha sido intervenido ¿en que hospital ha sido?

- Hospital Infanta Cristina de Badajoz
- Hospital San Pedro Alcántara - Cáceres
- Hospital de Mérida

En otro hospital (nombre y localidad)

Fecha aproximada de ingreso

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

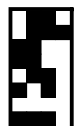
¿Desea hacer alguna observación?

DATOS SOBRE INGRESOS HOSPITALARIOS

Cuando se le diagnosticó algunas de las enfermedades anteriores:

¿Precisó ingreso hospitalario?

No Si No sabe



40883