



Cuestionario de Salud

Día _____

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	MBCIS ID (Solo para uso oficial)
----------	---------------	----------------------------	----------------------------------

Educación

1. ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

- Primaria Secundaria Preparatoria o high school Algo de universidad Universidad terminada No sé

Colesterol

2. ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene colesterol alto?

- Sí No No sé

3. ¿Usted toma **estatinas** para bajar su colesterol?

- Sí No No sé No aplica

4. ¿Usted toma **otros medicamentos** para bajar su colesterol?

- Sí No No sé No aplica

5. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetado (incluidos los diuréticos), para bajar su colesterol? _____ días No sé No aplica

Presión arterial

6. ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene hipertensión (presión arterial alta)?

- Sí No No sé

7. ¿Usted toma medicamentos para bajar su presión arterial?

- Sí No No sé No aplica

8. ¿Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados (incluidos los diuréticos)? _____ días No sé No aplica

Glucosa en sangre (Diabetes)

9. ¿Usted tiene diabetes? (ya sea de tipo 1 o tipo 2)

- Sí No No sé

10. ¿Está usted tomando medicamentos para bajar la glucosa en la sangre (por diabetes)?

- Sí No No sé No aplica

11. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días tomó los medicamentos recetados para disminuir la glucosa en la sangre (por diabetes)? _____ días No sé No aplica

12. ¿Alguna vez le han dicho que usted tuvo diabetes gestacional (diabetes durante el embarazo)?

- Sí No No sé



Cuestionario de Salud

Día _____

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	MBCIS ID (Solo para uso oficial)

Salud del corazón

13. ¿Se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones: enfermedad coronaria/dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular/ataque isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular o defectos cardíacos congénitos?
- Accidente cerebrovascular/TIA
 Ataque cardíaco
 Enfermedad coronaria del corazón
 Insuficiencia cardíaca
 Enfermedad vascular (arteriopatía periférica)
 Cardiopatías y defectos congénitos
14. ¿Está usted tomando aspirina diariamente para prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral?
- Sí
 No
 No sé
15. ¿Su padre, hermano o hijo ha tenido un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón antes de los 55 años?
- Sí
 No
 No sé
16. ¿Su madre, hermana o hija ha tenido un accidente cerebrovascular o un ataque al corazón antes de los 65 años?
- Sí
 No
 No sé
17. ¿A alguno de sus padres, hermano o hermana, hijo o hija, le han dicho que él o ella tiene diabetes?
- Sí
 No
 No sé

Medición de la PA

18. ¿Usted mide su presión arterial en el hogar o utilizando otras fuentes calibradas (como una máquina en una farmacia)?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No – Nunca me dijeron que midiera mi presión arterial	<input type="checkbox"/> No – No sé cómo medir mi presión arterial	<input type="checkbox"/> No – No tengo equipo para medir la presión arterial	<input type="checkbox"/> No – Tengo equipo, pero no lo uso	<input type="checkbox"/> No tengo presión arterial alta
-----------------------------	--	--	--	--	---

19. ¿Con qué frecuencia mide su presión arterial en el hogar o utilizando otras fuentes calibradas?

<input type="checkbox"/> Varias veces al día	<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Unas cuantas veces por semana	<input type="checkbox"/> Cada semana	<input type="checkbox"/> Cada mes	<input type="checkbox"/> No sé	<input type="checkbox"/> No aplica
--	---------------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

20. ¿Comparte regularmente las lecturas de la presión arterial con un proveedor de atención médica para recibir comentarios/ retroalimentación?

Sí
 No
 No sé
 No aplica

Estilo de vida

21. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras come en un día promedio (redondee al número entero más cercano)?

_____ tazas. Incluye frutas y verduras frescas, enlatadas o congeladas.

22. ¿Usted come pescado al menos dos veces a la semana?

(Ejemplos: atún, salmón, perca, pez lucio que ha sido horneado o asado a la parrilla, y *no frito*)

Sí
 No

23. Pensando en todas las porciones de productos de granos que usted come en un día típico ¿cuántos de ellos son granos enteros? (Ejemplos: arroz integral, pan integral, avena, todo el cereal de salvado)

<input type="checkbox"/> Menos de la mitad	<input type="checkbox"/> Alrededor de la mitad	<input type="checkbox"/> Más de la mitad
--	--	--



Cuestionario de Salud

Día _____

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	MBCIS ID (Solo para uso oficial)

24. ¿Bebe menos de 1 litro (36 onzas) (450 calorías) de bebidas que contienen azúcares añadidos semanalmente?
(Ejemplos: gaseosa o refresco, bebidas energéticas, Kool-Aid, café saborizado) (1 lata de soda = 0.35 l [12 onzas])
 Sí No
25. ¿Actualmente, está controlando o reduciendo su ingesta de sodio o sal?
 Sí No
26. En los últimos 7 días, ¿con cuánta frecuencia ha tomado una bebida que contiene alcohol? _____ días
27. En promedio, ¿cuántas bebidas alcohólicas consume durante un día en que toma alcohol? _____ bebidas
28. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) hace a la semana? _____ horas _____ minutos

Estado de tabaquismo

29. ¿Fuma? Incluye cigarros, pipas o puros (tabaco fumado de cualquier forma)
 Fumador actual Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses) Dejó de fumar (hace más de 12 meses) Nunca ha fumado
30. ¿Usa algo de lo siguiente? Tabaco sin humo (incluido tabaco masticable, rapé, tabaco en polvo y tabaco soluble), cigarrillos, hookah, cigarros electrónicos.
 Sí Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses) Dejó de fumar (hace más de 12 meses) No lo usa
31. ¿Quiere dejar de usar productos de tabaco?
 No Estoy pensando dejarlos Sí, quiero dejarlos Los dejé recientemente No uso tabaco

Estado de salud

32. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o gusto por hacer cosas?
 Para nada Varios días Más de la mitad Casi todos los días
33. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o desesperado?
 Para nada Varios días Más de la mitad Casi todos los días

Acceso a alimentos

34. En los últimos 12 meses, ¿nosotros (mi familia) nos preocupamos de si nuestra comida se acabaría antes de tener dinero para comprar más?
 Siempre En ocasiones Nunca No sé/Me rehúso a contestar
35. En los últimos 12 meses, la comida que compramos (mi familia) se había acabado hace poco y no teníamos suficiente dinero para comprar más.
 Siempre En ocasiones Nunca No sé/Me rehúso a contestar