



BUENOS DIAS (TARDES) MI NOMBRE ES \_\_\_\_\_ Y TRABAJO PARA LA SECRETARIA DE SALUD, ¿ME PODRIA PERMITIR PLATICAR CON USTED UNOS MINUTOS ACERCA DE ALGUNOS TEMAS DE SALU?

LOS DATOS QUE USTED NOS PROPORCIONA SON CONFIDENCIALES Y SE USAN EXCLUSIVAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICOS.

### I.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL INFORMANTE

1. ¿cuántos años cumplidos tiene usted.	<input type="text"/> <input type="text"/> años	
2. Sexo	Hombre.....1 Mujer .....2 N.R.....3 <input type="checkbox"/>	
3. ¿Actualmente usted vive en...	Unión libre?.....1 Es casado(a)?.....2 Es viudo(a)?.....3 Es divorciado(a)?.....4 Es separado(a)?.....5 Es soltero(a).....6	
4. ¿Cuál fue el último año que aprobó usted en la escuela?	No fue a la escuela..... 1 <input type="checkbox"/> Primaria..... 2 <input type="checkbox"/> Secundaria o Prevocacional..3 <input type="checkbox"/> Preparatoria o Vocacional....4 <input type="checkbox"/> Licenciatura.....5 <input type="checkbox"/> Posgrado.....6 <input type="checkbox"/> N.R.....7 <input type="checkbox"/>	
5 ¿Cuál es su religión?	Ninguna..... 1 Católica.....2 Protestante o evangélica.....3 Judaica.....4 Otra _____ 5 (Especifique )	
6. ¿Trabajó usted en los últimos 12 meses?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2	Pase a preg.. 8
7. ¿Alguna vez en su vida ha trabajado?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/> N.R.....3 <input type="checkbox"/>	Pase a preg. 9
8. ¿Cuál es (era) su ocupación principal?	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> N.R.....9 9 9	

### II. CUESTIONARIO DE DIABETES (NDI)

9. ¿Actualmente tiene...	<b>(Puede marcar mas de una opción)</b> mucha sed?.....1 orina mucho?.....2 mucha hambre?.....3 pérdida de peso?.....4 visión borrosa?.....5 Ninguna molestia.....6	
10.¿Tiene usted diabetes (o el azúcar	Sí .....1	

alta en la sangre)?	No.....2 No sabe.....3	
11.¿Algún médico le ha dicho que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.34

**Si contestó SI en la pregunta 10 y NO en la pregunta 11 pase a la pregunta 33**

12.¿Hace cuantos años le dijo su médico por primera vez que tenia diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?	Menos de 1 año..... 9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> No sabe..... 9 9	
13.¿Cómo diagnosticó el médico que tenía diabetes (o alta el azúcar en la sangre).	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> Un examen de sangre..... 1 Un examen de orina..... 2 Únicamente por los síntomas que presentaba (molestias)..... 3 Otras..... 4 (Especifique)	
14.¿Antes de que le dijeran (diagnosticaran) que era diabético(a) o (que tenía alta el azúcar en la sangre) qué molestias tenía?	<b>(Puede marcar de una opción)</b> Mucha sed.....1 Orinaba mucho.....2 Mucha hambre.....3 Pérdida de peso.....4 Visión borrosa.....5 Otras (Especifique)..... 6 Ninguna molestia.....7	
15.¿Ha tenido tratamiento médico para su diabetes (azúcar en la sangre)?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.31

16.¿Actualmente está bajo tratamiento para su diabetes?	Sí .....1 No.....2	
17.¿Toma pastillas para bajar su azúcar en la sangre (hipoglucemiantes)?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.22
18.¿Cuántas pastillas toma al día normalmente para su diabetes?	No de pastillas <input type="text"/> <input type="text"/>	
19.¿En donde obtiene principalmente las pastillas?	Seguro Social.....01 Centro de Salud(Salubridad).....02	

	ISSSTE.....03 DDF .....04 Servicios Estatales de Salud.....05 PEMEX, SEDENA.....06 Médico particular.....07 Farmacia particular.....08 Dispensario.....09	
20. ¿Puede mostrarme la caja de pastillas que está tomando para su diabetes (azúcar en la sangre)?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.22
21. ¿Cuál es el nombre de las pastillas?	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Nombre)	
22. ¿Se inyecta usted actualmente insulina?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.25
23. ¿Qué tipo de insulina utiliza?	Intermedia.....1 Rápida.....2 Ambas.....3 No sabe.....9	
24. ¿En donde consigue la insulina?	Seguro Social (IMSS).....01 Centro de Salud (Salubridad).....02 ISSSTE.....03 DDF.....04 Servicios Estatales de Salud.....05 PEMEX, SEDENA.....06 Médico particular.....07 Farmacia particular.....08 Dispensario.....09	

25. ¿Le ordena su médico exámenes de laboratorio?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.27
26. De los siguientes exámenes ¿Cuáles <u>le hace</u> o le ordena su medico...	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> tiras reactivas en orina?.....1 tiras reactivas en sangre?.....2 examen general de orina?.....3 determinación de glucosa en sangre venosa 4 No sabe.....5	
27. ¿Usa usted tiras reactivas para revisar su orina?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.29
28. ¿La semana pasada cuántas veces usó usted en su orina estas tiras?	_____ veces	

29. ¿Usa usted tiras reactivas para checar su azúcar en la sangre?	Sí .....1 No.....2 ]	Pase a preg.31
30. ¿Cuántas veces usó estas tiras reactivas la semana pasada?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> veces	
31. ¿Actualmente toma tratamiento homeopático (chochos) para su diabetes?	Sí .....1 No .....2	
32. ¿Actualmente toma nopales para controlar su diabetes?	Sí .....1 ] No.....2 ]	Pase a preg.34
33. ¿Cómo supo que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)	_____ _____ (Especifique) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### III. CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

34. ¿La semana pasada tuvo usted.....	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> dolor de cabeza?.....1 mareo?.....2 zumbido en los oídos?.....3 ha visto destellos de luz sin ninguna molestia?.....4 sangrados de la nariz sin ningún motivo?.....5 Ninguna molestia.....6	
35. ¿Alguna vez se ha tomado la presión arterial?	Sí .....1 No .....2	
36. ¿Tiene la presión alta?	Sí .....1 No .....2 No sabe.....9	
37. ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Sí .....1 No.....2 ]	Pase a preg.39

**INSTRUCCIÓN: Si contesto NO o NO SABE en la pregunta 36 y NO en la pregunta 37 pase a la pregunta 50**

38. ¿Hace cuanto tiempo le dijo su médico que tiene la presión alta?	Menos de un año.....9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> No recuerda 9 9	
39. ¿Esta bajo tratamiento?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.49
40. ¿Cómo tratamiento tiene....	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> dieta de reducción?.....1 dieta sin sal?.....2 medicamento?.....3	
41. ¿Qué tiempo tiene con este tratamiento?	Menos de un año.....9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**INSTRUCCIÓN: Si la preg. 40 contestó MEDICAMENTO continúe, si no pase a la preg.40**

42. ¿Qué medicamento esta tomando?	_____ Especifique	
43. ¿Cuántas pastillas toma al día normalmente?	<input type="text"/> <input type="text"/> No. De pastillas	
44. ¿En donde consigue principalmente las pastillas?	Seguro Social (IMSS).....01 Centro de Salud (Salubridad).....02 ISSSTE.....03 DDF.....04 Servicios Estatales de Salud.....05 PEMEX, SEDENA.....06 Médico particular.....07 Dispensario.....08 Farmacia particular.....09	
45. ¿Puede mostrarme la caja de pastillas?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.47
46. ¿Cuál es el nombre de las pastillas?	_____ Especifique <input type="text"/> <input type="text"/>	
47. ¿Qué tiempo tiene tomando este tratamiento?	Menos de un año.....9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

48. ¿Toma usted algún otro tratamiento para bajar su presión?	Sí .....1  _____ Especifique  No .....2	
49. ¿Actualmente toma tratamiento homeopático (chochos) para su presión?	Sí .....1 No .....2	
50. ¿Cada cuanto se toma la presión arterial?	Menos de un mes..... 9 7 Meses <input type="text"/> <input type="text"/> Años. <input type="text"/> <input type="text"/>	

#### IV. CUESTIONARIO DE INFARTO DEL MIOCARDIO, ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, COLECISTECTOMIA, CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA, AMPUTACIONES E INSUFICIENCIA RENAL.

51. ¿Alguna vez ha tenido...	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> dolor agudo en el pecho?.....1 dolor intenso que se corre al cuello o al brazo izquierdo?.....2 Nada de lo anterior.....3	
52. ¿Ha tenido usted algún infarto?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.55
53. ¿Se lo dijo un médico?	Sí .....1 No .....2	
54. ¿Lo hospitalizaron por esta razón?	Sí .....1 No .....2	
55. ¿Le ha dicho su médico, si ha tenido una embolia en el cerebro?	Sí .....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.57
56. ¿Lo hospitalizaron por esta razón?	Sí .....1 No .....2	
57. ¿Lo han operado de la vesícula?	Sí .....1 No .....2	
58. ¿Lo han operado de los ojos?	Sí .....1	





	Diálisis.....3 Homeopático.....4 Acupuntura.....5 Naturista.....6	
70. ¿En donde le están realizando su tratamiento?	Seguro Social (IMSS).....01 Centro de Salud (Salubridad).....02 ISSSTE.....03 DDF.....04 Servicios Estatales de Salud.....05 PEMEX, SEDENA.....06 Médico particular.....07 Dispensario.....08 Farmacia particular.....09	

**SI EL INFORMANTE ES HOMBRE PASE A LA PREGUNTA 93, SI ES MUJER CONTINUE.**

**V. EMBARAZO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS (SOLO MUJERES)**

71. ¿Cuántos años tenía cuando le bajó la regla por primera vez?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> No le ha bajado..... 9 7 <input type="checkbox"/> No sabe o N.R..... 9 9	Pase a preg.76
72. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo usted su última regla?	Meses..... <input type="text"/> <input type="text"/> Años..... <input type="text"/> <input type="text"/> Menos de un mes..... 9 6 Actualmente está reglando.. 9 7	
73. FILTRO Ultima menstruación (Ver pregunta 72)	Menos de 3 meses.....1 <input type="checkbox"/> + de 3 meses y menos de 1 año.....2 Un año o más.....3	Pase a preg.76
74. Entonces ¿cuántos años cumplidos tenía usted cuando tuvo su última regla?	Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
75. ¿Usted dejó de reglar...	Sola?.....01 Está lactando en amenorrea?.....02 Le quitaron la matriz o los ovarios?.....03 tiene diabetes, lupus, tuberculosis, o cáncer?.....04 recibió radiaciones en la pelvis?...05 otras (especifique).....06 No sabe o N.R.....99	Pase a preg.79
76. ¿Actualmente usa usted alguno de los siguientes métodos para no tener hijos	<b>(Puede marcar más de una opción)</b> Pastillas?.....01 Inyecciones.....02 Dispositivo, DIU o Aparatito?.....03 Ovulos, Jaleas, Espumas o	

	Diafragma.....04 Preservativos o condones?.....05 Operación femenina o Ligadura?..06 Operación masculina o Vasectomía.....07 Ritmo, Calendario, Abstinencia periódica Termómetro, o el billings?.....08 Retiro o Coito interrumpido?.....09 Otras.(Tés, yerbas, etc.)?.....10 Ninguno.....11 _	Pase a preg.79
--	--	----------------

77.¿Desde cuando usa sus PASTILLAS o INYECCIONES sin interrupción, es decir, en forma continua?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Año         </div> </div>	
78.(Antes de ver fecha preg.77)¿usó usted pastillas o inyecciones para no tener hijos?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.80 Pase a preg.86
79.¿Alguna vez ha usado pastillas o inyecciones para no tener hijos?	Si pastillas.....1 Si inyecciones.....2 Ambos.....3 No.....4 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.86
80.¿Cuándo comenzó a usar estas pastillas o inyecciones? <b>Verifique que la fecha marcada en pregunta 77 sea posterior a la mencionada. Si no verifique con la entrevistada.</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Año         </div> </div>	
81.¿Hasta cuándo usó esas PASTILLAS o INYECCIONES sin interrupción, es decir, en forma continua?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Año         </div> </div>	
82.¿Antes de (ver fecha preg.80) usó usted pastillas o inyecciones para no tener hijos?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.86
83.¿Cuándo usó por primera vez estas pastillas o inyecciones? <b>Verifique que la fecha marcada en pregunta 81 sea posterior a la mencionada. Si no verifique con la entrevistada.</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Año         </div> </div>	
84.¿Hasta cuándo usó estas PASTILLAS o INYECCIONES sin interrupción, es decir, en forma continua?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mes         </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Año         </div> </div>	
85.En total ¿cuántos años llegó a usar pastillas y cuantos años inyecciones antes de (ver fecha marcada en pregunta 83)?	Años pastillas..... <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Años inyecciones..... <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

86. ¿El médico le ha recetado pastillas, (estrógenos,) para controlar su regla o como tratamiento de su menopausia?	Sí.....1 No.....2 No Sabe.....9 ]	Pase a preg.88
87. ¿A qué edad las utilizó por primera vez?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	
88. ¿Alguna vez ha estado embarazada?	Sí.....1 No.....2 ]	Pase a preg.92
89. ¿Cuántos embarazos en total ha tenido?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
90. De estos embarazos ¿Cuántos han sido....	Nacidos vivos?..... <input type="text"/> <input type="text"/> Nacidos muertos?..... <input type="text"/> <input type="text"/> Abortos?..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
91. ¿Alguno de sus hijos pesó más de 4kg al nacer?	Sí.....1 No.....2	
92. ¿Actualmente se encuentra embarazada?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....3	

## VI. FACTORES DE RIESGO

93. ¿Ha fumado usted por lo menos cien cigarrillos durante toda su vida?	Sí.....1 No.....2 Nunca ha fumado.....3 No sabe.....4 ]	Pase a preg.98
94. ¿A qué edad empezó a fumar?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años cumplidos	
95. ¿Actualmente fuma?	Sí.....1 No.....2	
96. ¿Cuántos cigarrillos fuma (o fumaba) en promedio al día?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
97. ¿Cuánto tiempo ha fumado (o fumó) regularmente?	Menos de un año..... 9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
98. ¿Ha tomado usted alguna vez bebidas que contengan alcohol, como vino, cerveza, destilados como el brandy, alcohol, pulque, etc.?	Sí.....1 No.....2 ]	Pase a preg.104
99. ¿A qué edad empezó a tomar bebidas alcohólicas?	<input type="text"/> <input type="text"/> Años	

--	--	--

100. ¿Qué tan a menudo toma (o tomaba) usted cualquier bebida alcohólica?	Diario.....1 Una o dos veces a la semana.....2 Alrededor de una vez al mes.....3 Menos de una vez al mes, pero cuando menos una vez al año.....4	
101. ¿Habitualmente cuantas copas bebe o bebía usted?	<input type="text"/> No de copas	
102. ¿Qué tiempo ha bebido (o bebió) usted esta cantidad regularmente?	Menos de un año..... 9 8 Años..... <input type="text"/>	

**INSTRUCCIONES: Si el informante es MUJER y contestó SI en la pregunta 88 continúe, si no pase a la pregunta 104.**

103. ¿En su último embarazo ingirió bebidas alcohólicas?	Sí.....1 No.....2	
--	----------------------	--

## VII. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

104. ¿Tienen (o tenían) sus padres algún parentesco entre sí?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....9 ]	Pase a preg.106
105. ¿Qué parentesco tienen (o tenían) sus padres entre sí?	_____ <input type="text"/> Especifique	
106. ¿Cuántas hermanas (os) consanguíneos tiene (o tenía) usted?	Hermanas..... <input type="text"/> Hermanos..... <input type="text"/> No tiene hermanos..... 88 ]	Pase preg.110
107. ¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos?	_____ <input type="text"/> (Textual)	
108. ¿Tiene (o tenía) usted algún hermano (a) gemelo (cuate)?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....9 ]	Pase a preg.110
109. ¿Su hermano (a) gemelo es idéntico a usted?	Sí.....1 No.....2 No sabe.....9	

110. ¿Su (s) \_\_\_\_\_ tiene(n)[tenía(n)].....  
Familiar (es) consanguíneo (s)

FAMILIAR (ES)	....diabetes (o alta el azúcar en la sangre)?			.... la presión alta?			.... problemas del corazón?		
	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe	Sí	No	No sabe
-Padre .....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Madre.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Hermano gemelo idéntico.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Hermana gemela idéntica.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Hermano gemelo no idéntico.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Hermana gemela no idéntica.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Abuelo paterno.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Abuelo materno.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Abuela paterna.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Abuela materna.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
-Hermanos.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántos?	_ _			_ _			_ _		
-Hermandades.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántas?	_ _			_ _			_ _		
-Tíos.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántos?	_ _			_ _			_ _		
-Tías.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántas?	_ _			_ _			_ _		
-Hijos.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántos?	_ _			_ _			_ _		
-Hijas.....	1	2	9	1	2	9	1	2	9
¿Cuántas?	_ _			_ _			_ _		

**VIII. HOJA DE REGISTRO DE MEDICIONES CLINICAS**

1. ¿Se realizó la medición de peso?	Si.....1  _ _ _ _ _ _ _  Kg.
-------------------------------------	------------------------------

(Especifique)

	No.....2 ¿Por qué?	
2. ¿Se realizó la medición de talla de pie?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	
3. ¿Se realizó la medición de talla sentado?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	
4. ¿Se realizó la medición de plicómetro en bíceps?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	
5. ¿Se realizó la medición de plicómetro en tríceps?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	
6. ¿Se realizó la medición de plicómetro en subescapular?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	
7. ¿Se realizó la primera toma de tensión arterial?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TAD No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique)	

**Si la toma de TAS es mayor de 134 y la TAD es mayor de 86 realizar la segunda toma.**

8. ¿Se realizó la segunda toma de tensión arterial?	Si.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TAD No.....2 ¿Por qué? _____ (especifique)	
---	---	--

9. ¿Usa usted lentes para ver de lejos?	Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2	Favor de hacer examen con lentes
10. ¿Se realizó la medición de agudeza visual?	Sí.....1 No.....2 ¿Por qué? _____ (Especifique) <input type="checkbox"/>	Pase a Mediciones Biológicas
11. Resultado de la medición de	C. Snellen (letras)	C. Snellen (figuras)

agudeza visual.		
Ojo derecho	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojo izquierdo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ojo derecho	Cuenta dedos	Pericibe luz
	<input type="text"/> mts.	<input type="text"/> mts
Ojo izquierdo	<input type="text"/> mts	<input type="text"/> mts

### IX. REGISTROS DE MEDICIONES BIOLÓGICAS

1. ¿Ha comido o tomado algún alimento en las últimas 12 horas?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg. 3
2. ¿Cuántas horas hace que los tomó?	Menos de una hora..... 9 8 Horas..... <input type="text"/>	
3. ¿Se tomó muestra de sangre capilar para glucemia?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.5
4. Resultado de la glucemia	_____ mg/dl	

5. ¿Se tomó muestra capilar para papel filtro?	Sí.....1 No.....2	
6. ¿Se tomó muestra venosa?	Sí.....1 No.....2	
7. ¿Se tomó muestra de orina?	Sí.....1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Fin de reporte
8. Resultado del examen con Multistix 10 SG.	Glucosa (GLU).....  Bilirrubina (BIL).....  Cetona (KET).....  Gravedad específica (SG)  Sangre (BLO).....  PH (PH).....  Proteínas (PRO).....  Urobilinogeno (URO).....  Nitrito (NIT).....  Leucositos (LEU).....	

**EN CASO DE OBTENER EXAMEN NEGATIVO HUELLAS O TRAZAS EN PROTEINAS (PRO), REALIZAR EXAMEN CON MICRAL-TEST.**

9. Resultado del examen con Mitral-test	0 mg/l.....1 10 mg/l.....2 20 mg/l.....3 50 mg/l.....4 100 mg/l.....5	
---	---	--