

**SECRETARIA DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA**

ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS

CUESTIONARIO INDIVIDUAL

Num. De cuestionario
de Datos Generales

Num. De Orden

IDENTIFICACIÓN

Región Entidad

Municipio UPM Ageb -

Mza No. De conglomerado Vivienda

Dirección Loc. o Col.
(Calle, camino, carretera, número exterior e interior)

visita	1				2				3				4			
Fecha de entrevista	Día		Mes													
Entrevistador (a)																
Hora en que comenzó																
Hora en que terminó																
Duración																
Resultado*																

***CODIGO PARA RESULTADO**

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1.- Entrevista Completa | 3.- Ausentes Temporales | 5.- Informante Inadecuado |
| 2.- Entrevista Incompleta | 4.- Se negó a dar información | 6.- Otros (Especifique) |

_____ Especifique

SUPERVISADO POR				CRITICADO POR				CODIFICADO POR				CAPTURADO POR			
Día		Mes		Día		Mes		Día		Mes		Día		Mes	

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 Mujer2 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...	(Puede marcar mas de una opción) 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	Sí1	

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).	(Puede marcar más de una opción) 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?	(Puede marcar de una opción) 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)?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.31

16.¿Actualmente está bajo tratamiento para su diabetes?	Sí1 No.....2	
17.¿Toma pastillas para bajar su azúcar en la sangre (hipoglucemiantes)?	Sí1 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 DDF04 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)?	Sí1 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?	Sí1 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?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.27
26. De los siguientes exámenes ¿Cuáles <u>le hace</u> o le ordena su medico...	(Puede marcar más de una opción) 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?	Sí1 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?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	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?	Sí1 No2	
32. ¿Actualmente toma nopales para controlar su diabetes?	Sí1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.34
33. ¿Cómo supo que tiene diabetes (o alta el azúcar en la sangre)	_____ _____ (Especifique) <input type="text"/> <input type="text"/>	

III. CUESTIONARIO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

34. ¿La semana pasada tuvo usted.....	(Puede marcar más de una opción) 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?	Sí1 No2	
36. ¿Tiene la presión alta?	Sí1 No2 No sabe.....9	
37. ¿Algún médico le ha dicho que tiene la presión alta?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	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?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.49
40. ¿Cómo tratamiento tiene....	(Puede marcar más de una opción) 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?	Sí1 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?	Sí1 _____ Especifique No2	
49. ¿Actualmente toma tratamiento homeopático (chochos) para su presión?	Sí1 No2	
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...	(Puede marcar más de una opción) 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?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.55
53. ¿Se lo dijo un médico?	Sí1 No2	
54. ¿Lo hospitalizaron por esta razón?	Sí1 No2	
55. ¿Le ha dicho su médico, si ha tenido una embolia en el cerebro?	Sí1 No.....2 <input type="checkbox"/>	Pase a preg.57
56. ¿Lo hospitalizaron por esta razón?	Sí1 No2	
57. ¿Lo han operado de la vesícula?	Sí1 No2	
58. ¿Lo han operado de los ojos?	Sí1	

	No.....2	
59. ¿Por qué lo operaron?	(Puede marcar más de una opción) Por que tenía cataratas1 Estrabismo.....2 Carnosidad en ojos.....3 Derrames.....4 Miopía o astigmatismo.....5 Para extraer cuerpos extraños.....6 Otro.....7	
60. ¿Le han diagnosticado gota (ácido úrico alto)?	Si1 No2	
61. ¿Alguna vez le han tenido que amputar alguna parte de su cuerpo?	Sí1 ¿Qué parte? _____ <input type="text"/> <input type="text"/> Especifique No..... 2]	Pase a preg.63
62. ¿Por qué se lo tuvieron que amputar?	Por un accidente.....1 Por que tenía gangrena.....2 Por un problema de circulación.....3 Otra.....4	
63. ¿La semana pasada tuvo usted....	(Puede marcar más de una opción) pies hinchados?.....1 cansancio?.....2 palidez?.....3 vómito?.....4 somnolencia? Nada de lo anterior.....5	
64. ¿Padece alguna enfermedad del riñón?	Sí1 No.....2]	Pase a preg.71
65. ¿Esta fue diagnosticada por un médico?	Sí1 No.....2]	Pase a preg.71
66. ¿Cuál fue el diagnóstico?	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
67. ¿Hace cuanto tiempo le fue diagnosticada?	Menos de un año.....9 8 Años..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
68. ¿Esta bajo tratamiento médico para el riñón?	Sí1 No.....2]	Pase a preg.71
69. ¿Qué tratamiento tiene?	(Puede marcar más de una opción) Dieta sin sal.....1 Medicamentos.....2	

	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	(Puede marcar más de una opción) 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? Verifique que la fecha marcada en pregunta 77 sea posterior a la mencionada. Si no verifique con la entrevistada.	<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? Verifique que la fecha marcada en pregunta 81 sea posterior a la mencionada. Si no verifique con la entrevistada.	<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)

	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	
---	---	--