

**Identificación de la paciente**

N.º de programa \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Fecha de la evaluación \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(mm / dd / aaaa)

N.º de ID \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

**Continuación de Antecedentes médicos de la paciente**

4. ¿Ha padecido alguna de las siguientes condiciones médicas?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a. ¿Accidente cerebrovascular/TIA?              | b. ¿Ataque cardíaco?                                      | c. ¿Enfermedad coronaria?                       |
| <input type="radio"/> 1. Sí                     | <input type="radio"/> 1. Sí                               | <input type="radio"/> 1. Sí                     |
| <input type="radio"/> 2. No                     | <input type="radio"/> 2. No                               | <input type="radio"/> 2. No                     |
| <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura | <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura           | <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura |
| d. ¿Insuficiencia cardíaca?                     | e. ¿Enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica)? | f. ¿Enfermedad y defectos cardíacos congénitos? |
| <input type="radio"/> 1. Sí                     | <input type="radio"/> 1. Sí                               | <input type="radio"/> 1. Sí                     |
| <input type="radio"/> 2. No                     | <input type="radio"/> 2. No                               | <input type="radio"/> 2. No                     |
| <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura | <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura           | <input type="radio"/> 3. No sabe/No está segura |

5. ¿Toma aspirinas a diario para ayudarle a prevenir un ataque cardíaco o un derrame cerebral?

1. Sí
2. No
3. No sabe/No está segura

**Dieta y actividad física de la paciente**

6. ¿Cuántas tazas de frutas y verduras consume un en promedio diariamente?

\_\_\_\_ Tazas

7. ¿Come pescado por lo menos dos veces por semana?

1. Sí
2. No

8. Considerando las porciones de productos de grano que consume en un día típico, ¿cuántos de estos son granos integrales?

1. Menos de la mitad
2. Alrededor de la mitad
3. Más de la mitad

9. ¿Bebe menos de 36 onzas (1 litro, 450 calorías) de bebidas endulzadas semanalmente ?

1. Sí
2. No

10. ¿Está actualmente vigilando o reduciendo consumo sodio o sal?

1. Sí
2. No

11. ¿Su consumo diario de sodio o sal es de 1500 mg o menos?

1. Sí
2. No

12. Los últimos 7 días, ¿cuántas veces tomó una bebida con alcohol?

\_\_\_\_ Días

13. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en promedio durante el día que bebe ?

\_\_\_\_ Cantidad de bebidas

14. ¿Cuántos minutos de actividad física (ejercicio) hace por semana?

\_\_\_\_ Minutos

**Calidad de vida de la paciente**

15. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han preocupado alguno de los siguientes problemas?

a. ¿Siente poco interés o placer al hacer cosas?

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad
4. Casi todos los días

b. ¿Se siente triste, deprimida o sin esperanza?

1. Nunca
2. Varios días
3. Más de la mitad
4. Casi todos los días

16. ¿Qué tan segura está de que puede manejar y controlar la mayoría de sus problemas de salud?

1. Muy segura
2. Algo segura
3. Para nada segura
4. No tengo problemas de salud