

MANEJO DEL COLESTEROL CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIESGO DEL PROGRAMA CHOLESTEROL MANAGEMENT PROGRAM RISK FACTOR QUESTIONNAIRE

NOMBRE / NAME		NO. DE M.R. / M.R. NO.	
FECHA / DATE	MÉDICO / PHYSICIAN		
TELÉFONO DE DÍA / DAY PHONE ()	TELÉFONO DE NOCHE / EVENING PHONE ()	SEXO / SEX <input type="checkbox"/> Hombre / Male <input type="checkbox"/> Mujer / Female	IMPRINT AREA
		EDAD / AGE	ESTATURA / HEIGHT PESO / WEIGHT

- ¿Fuma? Sí No
 Si responde "sí", ¿cuántos al día? Si responde "no", ¿alguna vez ha fumado? Sí No
 ¿Cuántos al día? ¿Cuándo lo dejó?
- ¿Toma pastillas para la alta presión de sangre? Sí No
- ¿Tiene el nivel de azúcar en la sangre elevado (diabetes) o está en "el límite" de ser diabético? Sí No
 Si responde "sí", ¿qué hace para controlar el azúcar en sangre? Dieta Pérdida de peso Pastillas Insulina
- ¿Su padre, hermano o hijo antes de los 55 años, o su madre, hermana o hija antes de los 65 años tuvo un ataque cardíaco, cirugía de derivación, angioplastia de balón o angina? (haga un círculo para indicar el familiar y el tipo de enfermedad) Sí No
- ¿Ha dejado de tener su periodo debido a la menopausia o le han extirpado los ovarios? (sólo mujeres) Sí No
 Si responde "sí", ¿está tomando estrógeno (hormonas)? Sí No
- ¿Tiene que dejar de caminar por dolores o calambres intensos en sus pantorrillas? Sí No
- ¿Ha tenido alguna cirugía para aliviar o derivar bloqueos en las arterias de su cuello o piernas? Sí No
- ¿Ha tenido apoplejía? Sí No
- ¿Ha tenido un ataque cardíaco, derivación cardíaca, angioplastia de balón o le han dicho que tiene angina?
 (encierre en un círculo cuál) Sí No
 Si responde "sí", ¿cuándo?
- ¿Alguna vez ha tomado medicamentos para bajar su colesterol? Sí No
 Si responde "sí", ¿cuál? ¿Todavía lo toma? Sí No
 Si responde "no", ¿por qué no?
- ¿Hace ejercicio por lo menos durante 20 minutos?
 (camina, trota, nada, monta en bicicleta, baila, ejercicio aeróbico, levantamiento de pesas, etc.)
 Inactivo 1-2 veces por semana 3-5 veces por semana Más de 5 veces por semana
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas bebe al día? (una bebida = 1 vaso de vino = 1 cerveza = 1 oz de licor)

¿Alguna vez ha tenido:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (cirrosis, hepatitis, ictericia amarilla) | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Estreñimiento/diarrea/otro problema del intestino grave o crónico | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Cálculos biliares/problemas en la vesícula biliar | <input type="checkbox"/> Problemas con la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hernia hiatal | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento para un ritmo cardíaco irregular o rápido | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Asma | |

Enumere todas las medicinas con receta y sin receta médica que toma: (utilice el reverso de la página si es necesario).

1.	Nombre	Dosis	Frecuencia
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			