




## Sección 10: Colesterol

### Cuestionario

10.1	Antes de esta entrevista ¿alguna vez le ha medido (tomado, chequeado) el colesterol?	1. Si	<input type="checkbox"/>	 10.3
		2. No	<input type="checkbox"/>	
		3. No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
10.2	¿Cuándo fue la última vez que se midió el colesterol?	1. Un año o menos	<input type="checkbox"/>	
		2. Entre 1 y 2 años	<input type="checkbox"/>	
		3. Entre 2 y 3 años	<input type="checkbox"/>	
		4. Entre 3 y 5 años	<input type="checkbox"/>	
		5. No estoy seguro/No me acuerdo	<input type="checkbox"/>	
10.3	¿Alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece del colesterol alto en la sangre?	1. Si	<input type="checkbox"/>	 11.1
		2. No	<input type="checkbox"/>	
		3. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
10.4	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional para mantener controlado su colesterol?	1. Si	<input type="checkbox"/>	 11
		2. No	<input type="checkbox"/>	
10.5	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	1. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	
		2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)	<input type="checkbox"/>	
10.6	¿Qué tipo de tratamiento sin medicamentos Ud. está haciendo para bajar o para mantener controlado su colesterol?	1. Comer sin grasa o con menos grasa que antes	<input type="checkbox"/>	
		2. Haciendo ejercicios físicos regularmente	<input type="checkbox"/>	
		3. Bajando de peso o controlando el peso corporal	<input type="checkbox"/>	
		4. Aumentando el consumo de verduras y frutas	<input type="checkbox"/>	
		5. Otro	<input type="checkbox"/>	
		6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	



10.7	Medicamentos que está tomando para bajar el colesterol. Muéstrellos. <b>Anótelos.</b>	1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	
		6.	
		7.	

