

Sección 6: Hipertensión arterial

Cuestionario

6.1	Antes de esta entrevista ¿alguna vez un profesional de la salud le ha medido (tomado, chequeado) la presión arterial?	1. Si	<input type="checkbox"/>	} ↓ 6.3
		2. No	<input type="checkbox"/>	
		3. No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
6.2	¿Cuándo fue la última vez que se midió la presión arterial?	1. Último año	<input type="checkbox"/>	
		2. 1-2 años atrás	<input type="checkbox"/>	
		3. Más de 2 años	<input type="checkbox"/>	
		4. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
6.3	¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional sanitario le ha dicho a Ud. que ha tenido o que tiene o que padece de la presión alta?	1. Sí, solo una vez	<input type="checkbox"/>	} ↓ 7.1
		2. Sí y más de una vez	<input type="checkbox"/>	
		3. No, nunca me lo han dicho	<input type="checkbox"/>	
		4. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
6.4	¿En estos momentos está llevando o haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para mantener controlada su presión arterial?	1. Si	<input type="checkbox"/>	
		2. No	<input type="checkbox"/>	
6.5	¿Qué tipo de tratamiento está llevando?	1. Medicamentos	<input type="checkbox"/>	
		2. Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso)	<input type="checkbox"/>	
6.6	<p>Medicamentos que está tomando para la presión arterial (Muéstrelos). Anótelos.</p> <p>Clasificador de medicamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diuréticos 2. Betabloqueantes 3. Anticálcicos 4. Inhibidores de la enzima convertidora de la angioterisma 5. Otros fármacos antihipertensivos 6. Otros fármacos pero que NO tienen efecto antihipertensivos reconocido 		<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	



6.7	¿Qué tipo de <u>tratamiento sin medicamentos</u> Ud. está haciendo para bajar o para mantener controlada su presión arterial?	1. Comer sin sal o con menos sal que antes	<input type="checkbox"/>	7.1
		2. Hacer ejercicios físicos regularmente	<input type="checkbox"/>	
		3. Bajar de peso o controlar el peso corporal	<input type="checkbox"/>	
		4. Aumentar el consumo de verduras y frutas	<input type="checkbox"/>	
		5. Otro	<input type="checkbox"/>	
		6. Ninguno	<input type="checkbox"/>	
6.8	¿Generalmente puede disponer (hay en el mercado) de los medicamentos que le ha indicado su médico?	1. Sí y siempre	<input type="checkbox"/>	
		2. Sí, pero con un poco de dificultad	<input type="checkbox"/>	
		3. Sí, pero con mucha dificultad	<input type="checkbox"/>	
		4. No puedo disponer de ellos	<input type="checkbox"/>	
6.9	¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtener los medicamentos que le ha indicado su médico?	1. Sí y siempre	<input type="checkbox"/>	
		2. Sí, pero con un poco de dificultad	<input type="checkbox"/>	
		3. Sí, pero con mucha dificultad	<input type="checkbox"/>	
		4. No puedo disponer de ellos	<input type="checkbox"/>	

