

Versión Panamericana del Instrumento del método progresivo (STEPS) Cuestionario básico y cuestionario ampliado a aplicarse en Ecuador Mayo de 2018



Método progresivo de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (STEPS)

Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza

Para obtener más información:

www.who.int/chp/steps



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Instrumento STEPS

Sinopsis

Introducción

El presente instrumento genérico del método progresivo (STEPS) de la OMS servirá de base para que cada lugar o país elabore su propio instrumento. Contiene lo siguiente:

- Las preguntas del cuestionario BÁSICO (recuadros sin sombreado)
- Las preguntas del cuestionario AMPLIADO (recuadros sombreados).

Preguntas del cuestionario básico

Las preguntas del cuestionario básico de cada sección son necesarias para calcular las variables básicas. Por ejemplo:

- personas que actualmente fuman todos los días
- Media del índice de masa corporal.

Nota: se deben formular todas las preguntas básicas, pues la supresión de cualquiera de ellas alterará el análisis.

Preguntas del cuestionario ampliado

El cuestionario ampliado de cada sección tiene la finalidad de obtener información más detallada. Por ejemplo:

- consumo de tabaco sin humo
- comportamiento sedentario.

Significado de las columnas

A continuación se describen brevemente las características de cada columna del instrumento.

Columna	Descripción	Adaptación del sitio
Pregunta	Cada pregunta se leerá en voz alta a los participantes	<ul style="list-style-type: none">• Seleccione las secciones que va a usar.• Agregue las preguntas ampliadas y optativas que desee.
Respuesta	En esta columna se muestran las opciones de respuesta que el encuestador rodeará con un círculo o anotará en las casillas. Las instrucciones para saltarse preguntas se muestran a la derecha de las respuestas; hay que seguirlas escrupulosamente durante las encuestas.	<ul style="list-style-type: none">• Agregue las respuestas específicas del lugar en el caso de los datos demográficos (por ej., C6).• Cuando sea necesario, cambie las claves de Número de identificación de las preguntas que hay que saltarse.
Código	La columna está concebida para que los datos del instrumento se correspondan con la herramienta para ingresar los datos, la sintaxis del análisis de los datos, el libro de datos y la hoja de datos.	El código nunca debe cambiarse ni eliminarse. El código sirve como un identificador general para el ingreso y análisis de los datos.



Instrumento STEPS

para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

Ecuador

Información sobre la encuesta

Lugar y fecha	Respuesta	Código
Identificación geográfica	_ _ _ _ _ _ _	I1
Identificación de zona y conglomerado	_ _ _ _ _ _ _	I1a
Número de orden de la vivienda		I2
Número de identificación del encuestador	_ _ _	I3
Fecha de la encuesta	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ día mes año	I4
Señor encuestador registre las coordenadas GPS		I4a

Consentimiento, idioma de la encuesta y nombre (Esta sección es para uso único del encuestador)	Respuesta	Código
¿Se ha leído el texto de consentimiento al participante y éste lo ha concedido?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», TERMINAR.</i>	I5
Idioma de la encuesta	Español 1	I6
Hora de la encuesta (sistema de 24 horas)	_ _ _ : _ _ _ horas minutos	I7
Datos del informante		
Apellidos		I8
Nombre		I9
Otra información que puede resultar útil		
Número de teléfono de contacto, siempre que sea posible:		I10

Primer paso Datos demográficos

CUESTIONARIO BÁSICO: Datos demográficos		
Pregunta	Respuesta	Código
Sexo (registre hombre o mujer según lo que observe)	Hombre 1 Mujer 2	C1
¿Cuál es su fecha de nacimiento? No sé 77 77 7777	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ mes año Si lo sabe, pasar a C4 día	C2
¿Qué edad tiene?	Años _ _	C3
En total, ¿durante cuántos años ha ido a la escuela y ha estado estudiando a tiempo completo (sin tener en cuenta la etapa preescolar)?	Años _ _	C4

CUESTIONARIO AMPLIADO: Datos demográficos		
¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado?	Sin escolarización oficial 1 Centro de alfabetización 2 Primaria 3 Educación básica 4 Secundaria 5 Educación media/Bachillerato 6 Superior no Universitario 7 Superior Universitario 8 Postgrado 9 No Sabe/No responde 88	C5
¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?	Indígena 1 Afroecuatoriano/Afrodescendiente 2 Negro/a 3 Mulato/a 4 Montubio/a 5 Mestizo/a 6 Blanco/a 7 Se negó a responder 88 Otro 8 Si la respuesta es «Otro», pasar a C6other; de lo contrario, continúe con C7 Otro (sírvase especificar): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	C6 C6other
¿Cuál es su estado civil?	Nunca se ha casado 1 Actualmente casado o casada 2 Separado o separada 3 Divorciado o divorciada 4 Viudo o viuda 5 Unión libre 6 Se negó a responder 88	C7
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral en los últimos 12 meses?	Empleado del sector público 1 Empleado del sector privado 2 Trabaja por cuenta propia 3 Trabaja sin remuneración 4 Estudia 5 Ama de casa 6 Jubilado o jubilada 7 Desempleado o desempleada (en condiciones de trabajar) 8 Desempleado o desempleada (incapaz de trabajar) 9	C8

Número de identificación del participante

	Se negó a responder 88	
¿Cuántas personas mayores de 18 años, incluyéndolo a usted, viven en su hogar?	Número de personas _____	C9
Tomando como referencia el año pasado, ¿puede decirme cuál fue el ingreso medio en su hogar? (REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES)	Por semana _____ pasar a T1	C10a
	O BIEN por mes _____ pasar a T1	C10b
	O BIEN por año _____ pasar a T1	C10c
	Se negó a responder 88	C10d
¿Podría darnos una estimación del ingreso mensual del hogar si leo en voz alta algunas opciones? La cantidad es... (LEA LAS OPCIONES)	¿De 0 a 375? 1 ¿De 376 a 724? 2 ¿De 725 a 1087? 3 ¿De 1088 a 1449? 4 ¿Mayor a 1449? 5 No sabe 77 Se negó a responder 88	X1

Primer paso Datos sobre el comportamiento

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de tabaco																										
Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de tabaco.																										
Pregunta	Respuesta	Código																								
¿Fuma usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puros o pipa? <i>(MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)</i>	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a T8</i>	T1																								
¿Actualmente fuma productos de tabaco todos los días?	Sí 1 No 2	T2																								
¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar tabaco?	Edad (en años) _ _ No sabe 77 _ _ <i>Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw</i>	T3																								
¿Recuerda hace cuánto tiempo que empezó a fumar tabaco? <i>(REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES)</i>	En años _ _ <i>Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw</i>	T4a																								
<i>(No sabe 77)</i>	O BIEN en meses _ _ <i>Si sabe la respuesta, pase a T5a/T5aw</i>	T4b																								
<i>(No sabe 77)</i>	O BIEN en semanas _ _	T4c																								
En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos de tabaco fuma al día o a la semana? <i>(SI LA FRECUENCIA ES INFERIOR A UN DÍA, REGÍSTRELO POR SEMANA)</i> <i>(REGISTRE LA FRECUENCIA DE CADA TIPO, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)</i> <i>No sabe 7777</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">A DIARIO↓</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">SEMANALMENTE↓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Cigarrillos manufacturados</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Cigarrillos armados con tabaco</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Pipas llenas de tabaco</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Puros, puritos</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Sesiones de pipa de agua o árabe</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Otro</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Otro (sírvase especificar):</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table>		A DIARIO↓	SEMANALMENTE↓	Cigarrillos manufacturados	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Cigarrillos armados con tabaco	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Pipas llenas de tabaco	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Puros, puritos	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Sesiones de pipa de agua o árabe	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Otro	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	Otro (sírvase especificar):	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> T5a/T5aw T5b/T5bw T5c/T5cw T5d/T5dw T5e/T5ew T5f/T5fw T5other/ T5otherw </div>
	A DIARIO↓	SEMANALMENTE↓																								
Cigarrillos manufacturados	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Cigarrillos armados con tabaco	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Pipas llenas de tabaco	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Puros, puritos	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Sesiones de pipa de agua o árabe	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Otro	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Otro (sírvase especificar):	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _																								
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tratado de dejar de fumar tabaco?	Sí 1 No 2	T6																								
En los últimos 12 meses, ¿en alguna visita el médico u otro profesional de la salud le han aconsejado que deje de fumar productos de tabaco?	Sí 1 <i>Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9</i> No 2 <i>Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9</i> No ha visitado a ningún médico o profesional de la salud en los últimos 12 meses 3 <i>Si la respuesta a T2 es «Sí», pase a T12; si la respuesta a T2 es «No», continúe con T9</i>	T7																								
En el pasado, ¿fumó alguna vez algún producto de tabaco? <i>(MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)</i>	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a T12</i>	T8																								
En el pasado ¿fumó alguna vez algún producto de tabaco todos los días?	Sí 1 <i>Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10</i> No 2 <i>Si la respuesta a T1 es «Sí», pase a T12; de no ser así, continúe con T10</i>	T9																								

CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de tabaco		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar algún producto de tabaco?	Edad (en años) _ _ No sabe 77 _ _ Si sabe la respuesta, pase a T12	T10
¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar tabaco? (REGISTRE SOLO UNO, NO LOS TRES) No sabe 77	Años _ _ Si sabe la respuesta, pase a T12	T11a
	O BIEN Meses _ _ Si sabe la respuesta, pase a T12	T11b
	O BIEN Semanas _ _	T11c
¿Consumo actualmente algún producto de tabaco sin humo, como tabaco de aspirar, tabaco de mascar, tabaco de aplicar? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a T17	T12
¿Consumo actualmente productos de tabaco sin humo todos los días?	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a T14aw	T13
En promedio, ¿cuántas veces al día o a la semana consume...? (SI LA FRECUENCIA ES INFERIOR A UN DÍA, REGÍSTRELO POR SEMANA) (REGISTRE LA FRECUENCIA DE CADA TIPO, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA) No sabe 7777	A DIARIO↓ SEMANALMENTE↓	
	Tabaco de aplicar en la boca _ _ _ _ _ _ _ _	T14a/T14aw
	Tabaco de aspirar por la nariz _ _ _ _ _ _ _ _	T14b/T14bw
	Tabaco de mascar _ _ _ _ _ _ _ _	T14c/T14cw
	Mascada de betel _ _ _ _ _ _ _ _	T14d/T14dw
	Otro _ _ _ _ _ _ _ _ Si la respuesta es «Otro», pasar a T14other; si la respuesta a T13 es «No», pase a T17	T14e/T14ew
Otro (sírvase especificar): _ _ _ _ _ _ _ _ Si la respuesta a T13 es «No», pase a T17	T14other/ T14otherw	
Durante los últimos 30 días, ¿alguien fumó algún producto de tabaco en el interior de su casa?	Sí 1 No 2	T17
Durante los últimos 30 días, ¿fumó alguien en los ambientes cerrados donde trabaja (ya sea en el edificio, en una zona de trabajo o en una oficina)?	Sí 1 No 2 No trabajo en un local cerrado 3	T18
¿Usa actualmente cigarrillos electrónicos o cualquier otro dispositivo de vapeo?	Sí 1 No 2 No sabe 77	X2

Políticas de control del tabaco

Políticas de control del tabaco		
Las siguientes preguntas están relacionadas con medidas de control del tabaco.		
Pregunta	Respuesta	Código
En los últimos 30 días, ¿usted ha visto o escuchado información en los siguientes medios que advierta sobre los daños que ocasiona el consumo del cigarrillo o que anime a dejar de fumar? (ANOTE CADA UNO)		
Periódicos o revistas	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP1a
Televisión	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP1b
Radio	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP1c
En los últimos 30 días, ¿usted ha visto algún anuncio o letrero en tiendas, licorerías y otros puntos de venta que promocióne el consumo de cigarrillos?		
	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP2
En los últimos 30 días, ¿usted ha visto alguno de los siguientes tipos de promoción de los cigarrillos? (ANOTE CADA UNO)		
Muestras gratuitas de cigarrillos	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3a
Venta de cigarrillos con descuento	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3b
Cupones para adquirir cigarrillos	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3c
Obsequios u ofertas especiales de descuento en otros productos al comprar cigarrillos	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3d
Ropa u otros artículos que lleven impreso el nombre o logotipo de una marca de cigarrillos	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3e
Promociones de cigarrillos que llegan por el correo	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP3f
<i>Las siguientes preguntas (TP4 a TP7) solo se formulan a los fumadores actuales.</i>		
En los últimos 30 días, ¿usted vio alguna imagen o mensaje en las cajetillas de cigarrillos que advierta sobre las consecuencias de fumar?	Sí 1 No 2 <i>Si No, pase a TP6</i> No vio ningún paquete de cigarrillos 3 <i>Si «No vio ningún paquete de cigarrillos» pase a TP6</i> No sabe 77 <i>«No sabe» pase a TP6</i>	TP4
En los últimos 30 días, ¿alguna imagen o mensaje en las cajetillas de cigarrillos le ha hecho pensar que debe usted dejar de fumar?	Sí 1 No 2 No sabe 77	TP5
La última vez que compró usted cigarrillos para consumo personal, ¿cuántos fueron en total?	Número de cigarrillos _ _ _ _ <i>Si «No sé» o «No fumo o no compro cigarrillos manufacturados», 7777</i>	TP6
¿Cuánto dinero pagó usted en total por esa compra?	Cantidad _ _ _ _ No sabe 7777 Se negó a responder 8888	TP7

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de alcohol		
Las siguientes preguntas se refieren al consumo de alcohol.		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas, como cerveza, vino, aguardiente, puro, puntas, guanchaca, currincho u otro licor? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA O DÉ EJEMPLOS)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a A16	A1
En los últimos 12 meses, ¿ha consumido alcohol?	Sí 1 Si la respuesta es «Sí», pase a A4 No 2	A2
¿Ha dejado de beber por motivos de salud, porque perjudica su salud o por consejo del médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 Si la respuesta es «No», pase a A16 No 2 Si la respuesta es «No», pase a A16	A3
Durante los últimos 12 meses, ¿con que frecuencia ha consumido al menos una bebida alcohólica estándar? (LEA LAS RESPUESTAS EN VOZ ALTA, MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Todos los días 1 Entre 5 y 6 días por semana 2 Entre 3 y 4 días por semana 3 Entre 1 y 2 días por semana 4 Entre 1 y 3 días por mes 5 Menos de una vez al mes 6 Nunca 7	A4
Durante los últimos 30 días, ¿ha consumido algo de alcohol?	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a A13	A5
Durante los últimos 30 días, ¿en cuántas ocasiones consumió al menos una bebida alcohólica estándar?	Número No sabe 77 _ _ Si la respuesta es «0», pase a A13	A6
Durante los últimos 30 días, cuando bebió alcohol, en promedio ¿cuántas bebidas alcohólicas estándar consumió en cada ocasión? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número No sabe 77 _ _	A7
Durante los últimos 30 días, ¿cuál fue el mayor número de bebidas alcohólicas estándar que consumió en una sola ocasión, contando todos los tipos de bebidas alcohólicas?	Mayor número No sabe 77 _ _	A8
Durante los 30 últimos días, ¿cuántas veces ha bebido seis o más bebidas alcohólicas estándar en una sola ocasión?	Número No sabe 77 _ _	A9
Durante los últimos 7 días, ¿cuántas bebidas alcohólicas estándar consumió cada día? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA) No sabe 77	Lunes _ _	A10a
	Martes _ _	A10b
	Miércoles _ _	A10c
	Jueves _ _	A10d
	Viernes _ _	A10e
	Sábado _ _	A10f
	Domingo _ _	A10g

CUESTIONARIO BÁSICO: Consumo de alcohol (continuación)			
Le acabo de preguntar por su consumo de alcohol en los últimos 7 días. Me referiré a las bebidas alcohólicas en general. Las siguientes preguntas tratan acerca del consumo de bebidas alcohólicas elaboradas en casa o artesanalmente, del alcohol procedente de otro país, y de cualquier tipo de alcohol que no es para beber o no paga impuestos. Por favor, piense únicamente en los tipos de alcohol que acabo de especificar cuando responda a las preguntas que vienen a continuación			
Pregunta	Respuesta	Código	
Durante los últimos 7 días, ¿consumió alguna bebida alcohólica elaborada en casa, alguna bebida alcohólica procedente del otro lado de la frontera o de otro país, algún tipo de alcohol que no es apto para beber u otra forma de alcohol que no pague impuestos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a A13	A11	
En promedio, ¿cuántas bebidas estándar de las siguientes opciones bebió durante los últimos 7 días? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA) No sabe 77	Licores de elaboración casera, por ej., licor destilado ilegalmente	_ _ _	A12a
	Cerveza o vino de elaboración casera, por ejemplo el vino de frutas	_ _ _	A12b
	Bebida alcohólica traída de otro país que no paga impuestos	_ _ _	A12c
	Alcohol que no está destinado al consumo, como los medicamentos a base de alcohol, perfumes, lociones para después de afeitarse	_ _ _	A12d
	Otro producto de alcohol que no pague impuestos en el país	_ _ _	A12e

CUESTIONARIO AMPLIADO: Consumo de alcohol		
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usted se dio cuenta de que una vez que empezaba a beber no podía parar?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A13
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que normalmente se espera de usted, por causa de la bebida?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A14
Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia necesitó beber un trago por la mañana, para poder funcionar después de haber bebido mucho?	Todos los días o casi todos los días 1 Semanalmente 2 Mensualmente 3 Menos de una vez al mes 4 Nunca 5	A15
Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas familiares o problemas con su pareja debido al consumo de alcohol de otra persona?	Sí, más de una vez al mes 1 Sí, mensualmente 2 Sí, varias veces pero menos de una vez al mes 3 Sí, una o dos veces 4 No 5	A16

CUESTIONARIO BÁSICO: Dieta		
Las preguntas que vienen a continuación se refieren a las frutas y verduras que acostumbra comer. En esta imagen se muestran algunos ejemplos de frutas y verduras de la localidad. Cada imagen representa el tamaño de una porción. Cuando responda a estas preguntas, piense en una semana característica del último año.		
Pregunta	Respuesta	Código
En una semana normal (de lunes a domingo), ¿cuántos días come fruta? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de días No sabe 77 _ _ Si la respuesta es «Ningún día», pase a D3	D1
¿Cuántas porciones de fruta come en uno de esos días? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de porciones No sabe 77 _ _	D2
En una semana normal (de lunes a domingo), ¿cuántos días come verduras? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de días No sabe 77 _ _ Si la respuesta es «Ningún día», pase a D5	D3
¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Número de porciones No sabe 77 _ _	D4

Consumo de sal		
Ahora le preguntaré sobre agregar sal a los alimentos antes de consumirlos y cuando preparan los alimentos; por ejemplo con cubos y polvos que contienen mucha sal, también sobre el uso de salsas como la inglesa o de soya. También le preguntaré sobre consumo de alimentos procesados ricos en sal (embutidos, snacks, quesos salados, fideos instantáneos, sopas instantáneas). Por favor, responda a las preguntas incluso si cree que consume poca sal.		
¿Con qué frecuencia agrega sal o una salsa salada a los alimentos antes de probarlos o mientras los está consumiendo? (SELECCIONE SOLO UNA) (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Siempre 1 Con frecuencia 2 A veces 3 Rara vez 4 Nunca 5 No sé 77	D5
¿Con qué frecuencia se agrega sal al cocinar o preparar los alimentos en su casa?	Siempre 1 Con frecuencia 2 A veces 3 Rara vez 4 Nunca 5 No sé 77	D6
¿Con qué frecuencia se agregan sazonadores salados o salsas saladas al cocinar o preparar los alimentos en su casa?	Siempre 1 Con frecuencia 2 A veces 3 Rara vez 4 Nunca 5 No sé 77	D6a
¿Con qué frecuencia come alimentos elaborados ricos en sal ? Los «alimentos elaborados ricos en sal» son los que ya no se encuentran en su estado natural sino que han sido modificados; por ejemplo, snacks salados en paquetes, alimentos salados enlatados, alimentos salados preparados para el consumo rápido, conservas, embutidos, etc. (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Siempre 1 Con frecuencia 2 A veces 3 Rara vez 4 Nunca 5 No sé 77	D7
¿Cuánta sal o salsa salada consume?	Muchísima 1 Mucha 2 La cantidad justa 3 Poca 4 Poquísima 5 Nada 6 No sé 77	D8

CUESTIONARIO AMPLIADO: Dieta		
¿Realiza de forma habitual alguna de las siguientes acciones para disminuir su propio consumo de sal? (REGISTRE CADA UNA)		
Limitar el consumo de alimentos elaborados	Sí1 No2	D11a
Leer las etiquetas de los alimentos para saber el contenido de sal o de sodio	Sí1 No2	D11b
Comprar alimentos alternativos con poca sal o poco sodio	Sí1 No2	D11c
Sustituir la sal con otras especias al cocinar	Sí1 No2	D11d
Evitar el consumo de alimentos preparados fuera de casa	Sí1 No2	D11e
Otras prácticas dirigidas específicamente a disminuir su consumo de sal	Sí1 Si la respuesta es «Sí», pase a D11other No2	D11f
Otras (sírvase especificar)	_____	D11other

CUESTIONARIO BÁSICO: Actividad física

Voy a hacerle varias preguntas sobre el tiempo que realiza distintos tipos de actividad física en una semana normal. Por favor, responda las preguntas incluso si no se considera una persona físicamente activa.

Piense primero en el tiempo en el que hace su trabajo. Considere "trabajo" las actividades que tiene que hacer como parte de un trabajo remunerado o no, incluyendo estudio o capacitación, tareas domésticas, cosecha, pesca o caza para conseguir comida, o búsqueda de empleo.

Al responder las preguntas, tenga en cuenta que por «actividades de intensidad vigorosa» nos referimos a las que exigen un gran esfuerzo físico y aumentan mucho la frecuencia respiratoria (número de respiraciones) y cardíaca (los latidos del corazón). Las «actividades de intensidad moderada» exigen un esfuerzo físico moderado y aumentan poco la frecuencia respiratoria o cardíaca.

Pregunta	Respuesta	Código
Trabajo		
¿Su trabajo supone realizar una actividad de intensidad vigorosa, que aumenta mucho la frecuencia respiratoria y cardíaca como: llevar o levantar objetos pesados, cavar o realizar tareas de construcción durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a P4	P1
En una semana normal (lunes a domingo), ¿cuántos días realiza actividades de intensidad vigorosa como parte de su trabajo?	Número de días _ _	P2
En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad vigorosa en el trabajo?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P3 (a-b)
¿Su trabajo requiere realizar actividades de intensidad moderada, que causan un pequeño aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, como caminar a paso ligero o cargas livianas durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a P7	P4
En una normal (lunes a domingo), ¿cuántos días realiza actividades de intensidad moderada en el trabajo?	Número de días _ _	P5
En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad moderada en el trabajo?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P6 (a-b)
Desplazamientos		
Las siguientes preguntas ya no se refieren a la actividad física en el trabajo. Ahora quisiera preguntarle cómo suele desplazarse a distintos lugares. Por ejemplo, al trabajo, de compras, al mercado, al templo, al parque, etc.		
¿Camina o utiliza bicicleta durante al menos 10 minutos seguidos en sus desplazamientos?	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a P10	P7
En una semana normal, ¿cuántos días camina o utiliza bicicleta durante al menos 10 minutos seguidos en sus desplazamientos?	Número de días _ _	P8
En un día normal, ¿cuánto tiempo camina o usa la bicicleta para desplazarse?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P9 (a-b)

CUESTIONARIO BÁSICO: Actividad física (continuación)		
Pregunta	Respuesta	Código
Actividades recreativas		
Las siguientes preguntas ya no se refieren a la actividad física relacionada con el trabajo ni con el desplazamiento. Ahora quisiera preguntarle acerca de deportes, acondicionamiento físico y actividades recreativas como: fútbol, básquet, vóley, bailoterapia, etc.		
¿Realiza algún deporte, ejercicio o actividad recreativa vigorosa que aumente mucho la frecuencia respiratoria y cardíaca como correr o jugar al fútbol durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a P13	P10
En una semana normal, ¿cuántos días realiza actividades vigorosas: practicando un deporte, asistiendo al gimnasio o haciendo actividades recreativas?	Número de días _ _	P11
En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades vigorosas: practicando deportes, asistiendo al gimnasio o haciendo actividades recreativas?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P12 (a-b)
¿Realiza algún deporte, va a gimnasios o realiza actividad recreativa con una intensidad moderada que acelere un poco la frecuencia respiratoria y cardíaca., como caminar a paso vivo, ir en bicicleta, nadar, jugar al voleibol durante al menos 10 minutos seguidos? (MUESTRE LA AYUDA GRÁFICA)	Sí 1 No 2 Si la respuesta es «No», pase a P16	P13
En una semana normal, ¿cuántos días realiza actividades de intensidad moderada practicando un deporte, asistiendo al gimnasio o haciendo actividades recreativas?	Número de días _ _	P14
En un día normal, ¿cuánto tiempo pasa realizando actividades de intensidad moderada practicando deportes, asistiendo al gimnasio o haciendo actividades recreativas?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P15 (a-b)

CUESTIONARIO AMPLIADO: Actividad física		
Comportamiento sedentario.		
La siguiente pregunta se refiere al tiempo que pasa sentado o reclinado en el trabajo, en casa, al desplazarse entre distintos lugares o con amigos. También incluye el tiempo que pasa sentado ante un escritorio, reunido con amigos, viajando en carro, autobús o tren, leyendo, jugando a las cartas o mirando televisión. No se incluye el tiempo que pasa durmiendo.		
En un día normal, ¿cuánto tiempo suele pasar sentado o reclinado?	Horas: minutos _ _ : _ _ horas minutos	P16 (a-b)

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de presión arterial alta		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le ha tomado la presión arterial un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H6</i>	H1
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene la presión arterial alta o hipertensión arterial?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H6</i>	H2a
¿Se lo han dicho en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H2b
En las últimas dos semanas, ¿ha tomado algún medicamento (fármaco) para tratar la hipertensión arterial, que le haya recetado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H3
¿Alguna vez ha visitado a un curandero tradicional por la presión arterial alta o hipertensión?	Sí 1 No 2	H4
¿Toma actualmente algún remedio casero o tradicional para la presión arterial alta?	Sí 1 No 2	H5

CUESTIONARIO BÁSICO: Antecedentes de diabetes		
¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le ha realizado un examen para medir el nivel de azúcar en la sangre?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H12</i>	H6
¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene elevada el azúcar en la sangre o diabetes?	Sí 1 No 2 <i>Si la respuesta es «No», pase a H12</i>	H7a
¿Se lo han dicho en los últimos 12 meses?	Sí 1 No 2	H7b
En las últimas dos semanas, ¿ha tomado algún medicamento (fármaco) para tratar la diabetes, que le haya recetado un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H8
¿Actualmente trata la diabetes con insulina, recetada por un médico u otro profesional de la salud?	Sí 1 No 2	H9
¿Alguna vez ha visitado a un curandero tradicional por azúcar elevada en la sangre o diabetes?	Sí 1 No 2	H10
¿Toma actualmente algún remedio casero o tradicional para su diabetes?	Sí 1 No 2	H11

PANAM CUESTIONARIO BÁSICO: Control de la diabetes		
En los últimos 12 meses ¿se ha realizado al menos dos pruebas de hemoglobina glicosilada como parte del control de su diabetes? [la prueba de hemoglobina glicosilada indica cómo ha sido el control de su azúcar en la sangre en los últimos 3 meses]	Si 1 No 2 No sé 77	H11a
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los ojos como parte del control de su diabetes?	En los últimos dos años 1 Hace más de dos años 2 Nunca 3 No sé 77	H11b
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron los pies como parte del control de su diabetes?	En el último año 1 Hace más de un año 2 Nunca 3 No sé 77	H11c

CUESTIONARIO BÁSICO: Consejería sobre prácticas de vida saludable		
Durante los últimos 12 meses, ¿ha consultado un médico u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2 <i>Si «No» y y C1=1, pase a S1</i> <i>Si «No» y y C1=2, pase a CX1</i>	H20
Durante alguna de sus visitas a un médico u otro profesional de salud en los últimos 12 meses, ¿le aconsejaron que hiciera alguna de las siguientes acciones? (REGISTRE CADA UNA)		
Dejar de fumar o no empezar a fumar	Sí 1 No 2	H20a
Reducir el consumo de sal	Sí 1 No 2	H20b
Comer al menos cinco porciones de frutas o verduras todos los días.	Sí 1 No 2	H20c
Reducir el consumo de grasa	Sí 1 No 2	H20d
Empezar a realizar actividad física o aumentarla	Sí 1 No 2	H20e
Mantener un peso saludable o perder peso	Sí 1 No 2	H20f
Reducir las bebidas azucaradas en su dieta	Sí 1 <i>Si C1=1, pase a S1</i> No 2 <i>Si C1=1, pase a S1</i>	H20g

CUESTIONARIO BÁSICO (exclusivamente para las mujeres): Examen preventivo del cáncer del cuello uterino

La siguiente pregunta se refiere a la prevención del cáncer del cuello uterino. Hay varias técnicas para realizar el examen para la prevención del cáncer del cuello uterino, el examen citológico de Papanicolaou y la prueba del virus del papiloma humano (VPH). Para la prueba de Papanicolaou y la del VPH, un médico/a o enfermero/a frota con un hisopo el interior de la vagina para obtener una muestra que se envía al laboratorio. En el laboratorio se determina si en el estudio de Papanicolaou se observan alteraciones celulares, o si en la prueba del VPH se comprueba la presencia de este virus.

Pregunta	Respuesta	Código
¿Alguna vez le han hecho un examen preventivo del cáncer cervicouterino, mediante alguna de las técnicas descritas anteriormente?	Sí 1 No 2 No sabe 77	CX1

Primer Paso: PANAM Módulo Opcional

Sección: Tamizaje de salud	Respuesta	Código
¿Alguna vez le han examinado una muestra de las heces para buscar sangre oculta?	Si 1 No 2	S1
¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia?	Si 1 No 2	S2
La siguiente pregunta es solo para varones: ¿Alguna vez le han examinado la próstata?	Si 1 No 2	S3
La siguiente pregunta es solo para mujeres: ¿Alguna vez un médico o profesional de la salud le ha enseñado cómo explorarse las mamas?	Si 1 No 2	S4
¿Cuándo fue la última vez que le examinaron las mamas?	Hace 1 año o menos 1 Entre 1 a 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No sé 77	S5
¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía?	1 año o menos 1 Entre 1 a 2 años 2 Más de 2 años 3 Nunca 4 No sé 77	S6

Salud bucodental

Salud oral																							
Las siguientes preguntas se refieren al estado de salud de su boca y sus dientes, y algunos comportamientos relacionados con estos.																							
Pregunta	Respuesta	Código																					
¿Cuántos dientes propios o naturales tiene usted?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Ningún diente propio o natural</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1</td> <td style="width: 20%;">Si «Ningún diente propio o natural», pase a O4</td> </tr> <tr> <td>Entre 1 y 9 dientes propios o naturales</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Entre 10 y 19 dientes propios o naturales</td> <td style="text-align: right;">3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Veinte dientes propios o naturales o más</td> <td style="text-align: right;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>No sabe</td> <td style="text-align: right;">77</td> <td></td> </tr> </table>	Ningún diente propio o natural	1	Si «Ningún diente propio o natural», pase a O4	Entre 1 y 9 dientes propios o naturales	2		Entre 10 y 19 dientes propios o naturales	3		Veinte dientes propios o naturales o más	4		No sabe	77		O1						
Ningún diente propio o natural	1	Si «Ningún diente propio o natural», pase a O4																					
Entre 1 y 9 dientes propios o naturales	2																						
Entre 10 y 19 dientes propios o naturales	3																						
Veinte dientes propios o naturales o más	4																						
No sabe	77																						
¿Cuál es el estado en que se encuentran sus dientes ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Excelente</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>Muy bueno</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> <tr><td>Bueno</td><td style="text-align: right;">3</td><td></td></tr> <tr><td>Más o menos</td><td style="text-align: right;">4</td><td></td></tr> <tr><td>Malo</td><td style="text-align: right;">5</td><td></td></tr> <tr><td>Muy malo</td><td style="text-align: right;">6</td><td></td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">77</td><td></td></tr> </table>	Excelente	1		Muy bueno	2		Bueno	3		Más o menos	4		Malo	5		Muy malo	6		No sabe	77		O2
Excelente	1																						
Muy bueno	2																						
Bueno	3																						
Más o menos	4																						
Malo	5																						
Muy malo	6																						
No sabe	77																						
¿Cuál es el estado en que se encuentran sus encías ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Excelente</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>Muy bueno</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> <tr><td>Bueno</td><td style="text-align: right;">3</td><td></td></tr> <tr><td>Más o menos</td><td style="text-align: right;">4</td><td></td></tr> <tr><td>Malo</td><td style="text-align: right;">5</td><td></td></tr> <tr><td>Muy malo</td><td style="text-align: right;">6</td><td></td></tr> <tr><td>No sabe</td><td style="text-align: right;">77</td><td></td></tr> </table>	Excelente	1		Muy bueno	2		Bueno	3		Más o menos	4		Malo	5		Muy malo	6		No sabe	77		O3
Excelente	1																						
Muy bueno	2																						
Bueno	3																						
Más o menos	4																						
Malo	5																						
Muy malo	6																						
No sabe	77																						
¿Tiene usted dentadura postiza o placa que se pueda quitar ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Sí</td> <td style="width: 10%; text-align: right;">1</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>No</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td>Si «No», pase a O6</td> </tr> </table>	Sí	1		No	2	Si «No», pase a O6	O4															
Sí	1																						
No	2	Si «No», pase a O6																					
¿Qué tipo de dentadura postiza o placa de quitar y poner tiene usted? (REGISTRE CADA UNO)																							
Dentadura/ Placa del maxilar superior	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> </table>	Sí	1		No	2		O5a															
Sí	1																						
No	2																						
Dentadura/ Placa del maxilar inferior	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> </table>	Sí	1		No	2		O5b															
Sí	1																						
No	2																						
En los últimos 12 meses, ¿tuvo usted algún dolor o molestia en sus dientes o en su boca?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Sí</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>No</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> </table>	Sí	1		No	2		O6															
Sí	1																						
No	2																						
¿Hace cuánto tiempo consultó usted al odontólogo por última vez ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Menos de 6 meses</td><td style="text-align: right;">1</td><td></td></tr> <tr><td>Entre 6 y 12 meses</td><td style="text-align: right;">2</td><td></td></tr> <tr><td>Más de un año pero menos de dos</td><td style="text-align: right;">3</td><td></td></tr> <tr><td>Dos o más años pero menos de cinco</td><td style="text-align: right;">4</td><td></td></tr> <tr><td>5 años o más</td><td style="text-align: right;">5</td><td></td></tr> <tr> <td>Nunca recibió atención odontológica</td> <td style="text-align: right;">6</td> <td>Si «Nunca», pase a O9</td> </tr> </table>	Menos de 6 meses	1		Entre 6 y 12 meses	2		Más de un año pero menos de dos	3		Dos o más años pero menos de cinco	4		5 años o más	5		Nunca recibió atención odontológica	6	Si «Nunca», pase a O9	O7			
Menos de 6 meses	1																						
Entre 6 y 12 meses	2																						
Más de un año pero menos de dos	3																						
Dos o más años pero menos de cinco	4																						
5 años o más	5																						
Nunca recibió atención odontológica	6	Si «Nunca», pase a O9																					

Salud oral (continuación)		
Pregunta	Respuesta	Código
¿Cuál fue el motivo principal de su última visita al odontólogo ?	Chequeo o control preventivo/Orientación 1	O8
	Dolor o problemas relacionados con las piezas dentales, las encías o la boca 2	
Tratamiento o seguimiento del tratamiento 3		
Tratamiento de control ordinario 4		
Otro 5 <i>Si «Otro», pase a O8other</i>		
	Otro (sírvase especificar) _____	O8other
¿Con qué frecuencia limpia usted sus dientes?	Nunca 1 <i>Si «Nunca», pase a O13a</i>	O9
	Una vez al mes 2	
	Entre dos y tres veces al mes 3	
	Una vez a la semana 4	
	Entre dos y seis veces a la semana 5	
	Una vez al día 6	
	Dos o más veces al día 7	
¿Usa usted pasta dental para limpiar sus dientes?	Sí 1	O10
	No 2 <i>Si «No», pase a O13a</i>	
¿Usa usted una pasta dental que contiene flúor?	Sí 1	O11
	No 2	
En los últimos 12 meses, ¿ha padecido usted alguno de los siguientes problemas como consecuencia del estado en que se hallan sus dientes? (REGISTRE CADA UNO)		
Dificultad para masticar los alimentos	Sí 1	O13a
	No 2	
Dificultad para hablar, problemas para pronunciar las palabras	Sí 1	O13b
	No 2	
Sentirse tenso, avergonzado o abstenerse de sonreír a causa de los problemas de los dientes o la boca	Sí 1	O13c
	No 2	
Interrupción frecuente del sueño	Sí 1	O13f
	No 2	
Faltar al trabajo o estudio por los problemas de los dientes o la boca	Sí 1	O13g
	No 2	
Menos tolerancia de la cercanía de otra persona por mal aliento	Sí 1	O13i
	No 2	
Menor participación en actividades sociales	Sí 1	O13j
	No 2	

Segundo paso Datos antropométricos

CUESTIONARIO BÁSICO: presión arterial		
Pregunta	Respuesta	Código
Número de identificación del encuestador	_ _ _ _	M1
Número de identificación del dispositivo para medir la presión arterial	_ _ _	M2
Tamaño del manguito usado	Mediano 2	M3
Primera lectura	Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M4a
	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M4b
Segunda lectura	Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M5a
	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M5b
Tercera lectura	Diastólica (mmHg) _ _ _ _	M6a
	Sistólica (mmHg) _ _ _ _	M6b
Durante las últimas dos semanas, ¿ha tomado medicamentos (fármacos) para la hipertensión arterial recetados por un médico u otro profesional de salud?	Sí 1	M7
	No 2	
CUESTIONARIO BÁSICO: Estatura y peso		
Para las mujeres: ¿está usted embarazada?	Sí 1 <i>Si la respuesta es «Sí», pase a M16</i> No 2	M8
Número de identificación del encuestador	_ _ _ _	M9
Número de identificación de los dispositivos para medir la estatura y el peso	Estatura _ _ _	M10a
	Peso _ _ _	M10b
Estatura	Centímetros (cm) _ _ _ _ _ _	M11
Peso <i>Si excede la capacidad medidora de la báscula 666.6</i>	Kilogramos (kg) _ _ _ _ . _	M12
CUESTIONARIO BÁSICO: Circunferencia abdominal		
Número de identificación del dispositivo para medir la circunferencia abdominal	_ _ _	M13
Circunferencia abdominal	Centímetros (cm) _ _ _ _ _	M14

CUESTIONARIO AMPLIADO: Frecuencia cardiaca		
Frecuencia cardiaca		M16a
Primera lectura	Latidos por minuto _ _ _ _	
Segunda lectura	Latidos por minuto _ _ _ _	
Tercera lectura	Latidos por minuto _ _ _ _	M16c

Tercer paso Datos bioquímicos

CUESTIONARIO BÁSICO: Glucosa sanguínea		
Pregunta	Respuesta	Código
En las últimas 12 horas, ¿ha comido o bebido otra cosa que no sea agua?	Sí 1 No 2	B1
Número de identificación del técnico	_ _ _ _	B2
Número de identificación del dispositivo	_ _ _	B3
Hora en que se obtuvo la muestra de sangre (sistema de 24 horas)	Horas: minutos _ _ _ : _ _ _ horas minutos	B4
Glucosa sanguínea en ayunas	mg/dl _ _ _ _ _ _ _ _	B5
¿Ha tomado hoy insulina u otros medicamentos (fármacos) para tratar la glucosa sanguínea elevada recetados un médico u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B6
CUESTIONARIO BÁSICO: Lípidos en sangre		
Número de identificación del dispositivo	_ _ _	B7
Colesterol total	mg/dl _ _ _ _ _ _ _ _	B8
En las dos últimas semanas, ¿ha tomado medicamentos (fármacos) para el colesterol elevado en sangre recetados por un médico u otro profesional de salud?	Sí 1 No 2	B9