

Consentimiento para Evaluación de Factores de Riesgo de la Enfermedad Cardiovascular:

- El Instituto de Investigación del Corazón de La Florida (FHRI), una organización independiente 501(c)(3) está ofreciendo en forma gratuita esta evaluación de factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. Si usted elige participar en ella:
- Se le medirá la presión arterial y el índice de masa corporal.
- Se le medirá la glucosa y el colesterol en sangre. Ésto requerirá que se obtengan unas pocas gotas de sangre de su dedo. Es una prueba segura, pero como en cualquier prueba en la que se extrae sangre, hay siempre un poco de riesgo que incluye la infección. Usted debe entender y aceptar ese riesgo si desea participar en esta evaluación.
- Se le ofrecerá material educacional gratuito relacionado a los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y prevención de la misma.
- Usted permitirá al FHRI que lo /la contacten periódicamente para obtener información de seguimiento.
- Si alguno de sus resultados constituyera una emergencia de amenaza de vida, se llamará al 9-1-1.
- Se le entregará una copia de los resultados de su presión arterial, colesterol, y azúcar. Usted se hace responsable de compartirlos con su proveedor de cuidados médicos. Este servicio se le provee para su educación e información solamente. FHRI no provee cuidados médicos o tratamiento

Si se le recomienda tratamiento médico debido a que sus resultados están fuera de los límites normales y usted no tiene un médico personal, se lo referirá a una clínica federal de salud que le proveerá tratamiento a un costo de acuerdo a sus posibilidades económicas. Estadísticas derivadas de esta evaluación se usarán solamente para investigaciones educacionales y de salud pública. Todas las informaciones que lo identifiquen serán protegidas confidencialmente.

Declaración de consentimiento: Yo estoy participando en forma voluntaria en esta Evaluación de Factores de Riesgo de La Enfermedad Cardiovascular. Yo reconozco que he elegido participar en este programa con sus riesgos inherentes y me hago responsable de los riesgos que pudiese tener esta actividad. Yo también estoy de acuerdo en permitir al FHRI a contactarme periódicamente para seguimiento de mis resultados si estos fueran anormales.

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor escriba con letras de imprenta:

_____	_____	_____/_____/_____	
Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	Mejor momento para llamar:	<input type="radio"/> Mañana
Teléfono durante el día	Teléfono nocturno		<input type="radio"/> Tarde
_____	_____		<input type="radio"/> Noche
			<input type="radio"/> Todo el día

Información de Contacto Adicional (amigo o pariente cercano):

_____	_____	_____	_____
Nombre	Apellido	Teléfono	Relación

Ejemplos:

- | | | | |
|-------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Correcto | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incompleto | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Incorrecto | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

For office use only

Pt. ID # _____

1. Su fecha de nacimiento: ____/____/____

2. Sexo: M F → Si es mujer: está usted embarazada? S N

3. Etnia:

- 1 No hispánica
- 2 Hispánica
- 3 Haitiana
- 4 Caribeña
- 5 Otra _____

4. Raza:

- 1 Negra
- 2 Blanca
- 3 Indio norteamericana
- 4 De las Islas del Pacifico
- 5 India
- 6 Asiática
- 7 Otra _____

5. Seguro

- 1 No tengo seguro médico
- 2 Seguro medico privado
- 3 Medicare / Medicaid
- 4 Otro _____

6. A donde acude usted para atención médica? Elija una:

- 1 Oficina médica
- 2 Clínica
- 3 Sala de emergencia
- 4 Fuera de los Estados Unidos
- 5 No recibe cuidados médicos
- 6 Otro _____

7. Cuándo fue su último examen fisico?

- 1 Menos de un año atrás
- 2 1 año atrás
- 3 2 años atrás
- 4 3 – 4 años atrás
- 5 Más de 4 años atrás
- 6 Otro _____

8. Tiene algún familiar cercano historia de enfermedad cardíaca ?

- S Sí
- N No
- ? No sé

Continúa Atrás →



9. Cuándo le midieron el colesterol , el azúcar en sangre y la presión arterial?

- ① Menos de un año atrás
- ② 1 año atrás
- ③ 2 años atrás
- ④ 3 – 4 años atrás
- ⑤ Más de 4 años atrás
- ⑥ Otro _____

10. Fuma? S N
Si fuma cuánto?

- ① 1 - 5 por día
- ② 6 - 10 por día
- ③ 11 - 20 por día
- ④ Más de 20 por día

11. Le ha dicho algún profesional de la salud que usted tiene:

- Azúcar elevado en la sangre (diabetes)? S N
- Presión arteria elevadal (hipertensión)? S N
- Colesterol elevado? S N
- Enfermedad cardíaca? (*Cirugía de bypass, angioplastia, stent, ataque cardíaco*) S N

12. Se le ha recetado medicación?

Siempre o Casi Siempre Cerca del 75% de las Veces Cerca del 50% de las Veces Cerca del 25% de las Veces Nunca o Casi Nunca

Si contestó SI

- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Para azúcar elevado (diabetes)? | <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N | Toma esta medicación? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Para presión elevada (hipertensión)? | <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N | Toma esta medicación? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Para colesterol elevado? | <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N | Toma esta medicación? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Para enfermedad cardíaca? | <input type="radio"/> S <input type="radio"/> N | Toma esta medicación? | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

13. En el último mes , cuándo ha estado físicamente activo? (La actividad física incluye al menos 30 minutos de caminata rápida , ciclismo, jogging,natación, danza aeróbica o deportes activos)

- ① 7 días por semana
- ② 5 - 6 días por semana
- ③ 3 - 4 días por semana
- ④ 1 – 2 días por semana
- ⑤ 1 – 3 veces por mes
- ⑥ Nunca o casi nunca

14.Cuál de los siguientes describe mejor su consumo de grasas?

Ejemplos de alto contenido en grasa: hamburguesas , hot dogs, bologna, bifes, crema agria, queso, leche entera, huevos, manteca, pasteles, helados, chocolate, frituras y muchos alimentos rápidos .

Ejemplos de bajo contenido en grasa: carnes magras, pollo sin piel, pescado, leche descremada, productos lácteos descremados, postres de fruta, gelatinas, vegetales, pasta, legumbres (frijoles).

- ① Principalmente alimentos bajos en grasa
- ② Principalmente bajos en grasa y algunos altos en grasa.
- ③ De los dos por igual
- ④ Pricipalmente altos en grasa y algunos de bajo contenido graso
- ⑤ Principalmente alimentos altos en grasa

15. Cual describe mejor la clase de panes y granos que usted consumió en el mes pasado?

Ejemplos de granos refinados: pan blanco, rollos, panqueques regulares y waffles , arroz blanco, cereales para desayuno típicos y alimentos de panadería típicos.

Ejemplos de granos enteros: panes integrales, arroz integral,avena, cereales integrales o de gran contenido en fibra.

- ① Sobretudo granos integrales
- ② Principalmente granos integrales y algunos granos refinados
- ③ De los dos por igual
- ④ Principalmente granos refinados y algunos granos integrales
- ⑤ Sobretudo granos refinados

16. En un típico día del mes pasado, cuantos vegetales y frutas consumió?

Una porcion es: 1 taza fresca, ½ taza cocinada, 1 fruta mediana

- ① 5 ó más por día
- ② 4 por día
- ③ 3 por día
- ④ 2 por día
- ⑤ 1 ó menos por día

17. En el último mes, ha comido usted comida de restaurantes de comida rápida(Mac Donald's,Burger King,etc .)?

- ① Nunca o casi nunca
- ② 1-3 veces por mes
- ③ 1-2 veces por semana
- ④ 3-4 veces por semana
- ⑤ 5-6 veces por semana
- ⑥ Todos los días

18. Si usted comió comida rápida en el mes pasado;que tipo de comida era?

Ejemplos de alto contenido en grasa: comidas fritas, empanizados, tacos, nachos,hamburguesas dobles,pizza,hotdogs , pastels donuts , batidos, tortas.

Ejemplos de baja grasa: ensaladas sin adheresos cremosos, hamburguesas simples.pollo asado,frutas y yogurt.

- ① Sobretudo alimentos bajos en grasa
- ② Principalmente bajos en grasa y algunos altos en grasa
- ③ De los dos por igual
- ④ Principalmente altos en grasa y algunos bajos en grasa
- ⑤ Sobretudo alimentos altos en grasa

Fin



Gracias por completar este formulario!



STAFF USE ONLY

Complete all information below and make sure all results have been copied to results form in front of participant.

For results NOT within normal limits,
did they learn this for the first time today?

02/12/10

Blood Pressure: Systolic _____ Diastolic _____ (Y) (N)
Height: _____ in. Weight: _____ lbs. BMI: _____ (Y) (N)
Total Cholesterol _____ (Y) (N)
Glucose _____ (Y) (N)
HDL _____ (Y) (N)
TC/HDL _____ (Y) (N)

Call 9-1-1 if BP \geq 160 / 100 with symptoms of chest pain, shortness of breath, dizziness, headache, or blurred vision or if BP \geq 200 / 110 without symptoms*

* Yo soy consciente de que mi presion arterial esta elevada pero me opongo a que llamen al 911. Yo soy responsable de buscar atencion medica tan pronto me sea posible.

Firma _____

Refer to physician if: BP \geq 140 systolic; \geq 90 diastolic; TC \geq 240, TC / HDL ratio \geq 4.1, or Glucose \geq 200

REFERRED TO:

Notes: _____

- ① Personal Physician
- ② Jessie Trice Community Health Center
- ③ Miami Beach Community Health Center
- ④ Open Door Health Center
- ⑤ ER (911 called)
- ⑥ Other

Screener Statement:

- ① This participant was found to have at least 1 **At-Risk** value (Systolic BP \geq 140, Diastolic BP \geq 90, TC \geq 240, TC/HDL ratio \geq 4.1, or Glucose \geq 200) and **was REFERRED** for medical care.
- ② This participant did not receive a referral because all values were less than indicated above.

Initials: _____

Event ID: _____



Spanish

Pt Id # _____