

013. FORMATO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DISTRITAL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREACIÓN, 2019-2020.

Nombre: _____ Edad: _____ Cita: 01

Fecha ___ / ___ /20___ Entrevistador: _____

Sitio de entrevista: UR ___ CO ___ otro ___ Cual: _____

F-03-1. Signos Vitales

Tensión Arterial	<input type="text"/>	Peso Corporal	<input type="text"/>
Frecuencia Cardíaca	<input type="text"/>	Estatura	<input type="text"/>
Frecuencia Respiratoria	<input type="text"/>	IMC	<input type="text"/>

F-03-2. Señale con una (X) ¿Cuál de las siguientes enfermedades se han presentado en su familia?

<input type="checkbox"/> Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Otras:
<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> ¿Quién o Quienes?
<input type="checkbox"/> Diabetes o Hiperglicemia	<input type="checkbox"/> Síndrome metabólico	_____
<input type="checkbox"/> Muerte súbita antes de los 35 años	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>

F-03-3. Señale con una (X) las enfermedades que le han podido ser diagnosticadas recientemente:

<input type="checkbox"/> Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Dolores de espalda	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Dolores de cuello	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades mentales	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Artritis o Artrosis	<input type="checkbox"/> Problemas en el hígado	<input type="checkbox"/> Enfisema o Epoc	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Defectos Congénitos	<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Obesidad	<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fascitis/Tendinitis	<input type="checkbox"/> Desgarros Musculares	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lumbago-Lumbalgia	<input type="checkbox"/> Bursitis	<input type="checkbox"/> Abortos SI NO Fecha	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-03-4. Señale con una (X) todas las medicinas que hayas usado en los últimos 6 meses:

<input type="checkbox"/> Digitales	<input type="checkbox"/> Antidepresivos	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Anticagulantes	<input type="checkbox"/> Antiinflamatorios	_____
<input type="checkbox"/> Diuréticos	<input type="checkbox"/> Para la presión arterial	_____
<input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Relajantes musculares	_____

013. FORMATO DE ANTECEDENTES CLÍNICOS

EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA Y FACTORES ASOCIADOS EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES PERTENECIENTES AL PROGRAMA DISTRITAL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREACIÓN, 2019-2020.

F-03-5. Señale con una (X) los exámenes que se ha practicado recientemente

Exámenes de laboratorio	<input type="checkbox"/> Ecografía	<input type="checkbox"/> Otros:
Electro miografía	<input type="checkbox"/> Citología	<input type="checkbox"/> _____
Radiografías	<input type="checkbox"/> Tomografía Axial	<input type="checkbox"/> _____
Pruebas de función pulmonar	<input type="checkbox"/> Prueba de esfuerzo y/o E.K.G	<input type="checkbox"/> _____

F-03-6. Conductas relacionadas con la Salud

Consumo de alcohol		
¿En el ultimo mes en promedio cuantos días por semana ha tomado bebidas alcoholicas (ej: cerveza, vino, aguardiente u otras bebidas que contienen alcohol)?	Menos de 1 por semana 2 a 3 días a la semana 4 a 6 días a la semana Todos los días No consumió	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿En el ultimo mes en promedio los días que tomó bebidas alcoholicas, cuantas copas de vino, aguardiente o cervezas u otras bebidas que contienen alcohol tomo en promedio por día?	copas de vino cervezas tragos o copas de licor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Consumo de cigarrillo		
Usted....	Antes fumo y fuma actualmente Antes fumó pero ya no Antes no fumó pero ahora fuma Nunca ha fumado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hace cuantos años fuma? Si les inferior a 6 meses "0" si es superior aproxima al año.	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si usted fuma o fumaba ¿cuantos cigarrillos, tabacos o pipas fumaba habitualmente por día?	Cigarrillos /día Tabacos /día pipas /día	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Que edad tenia usted cuando empezo a fumar?	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hace cuantos años dejo de fumar? Si es menos de un año marque "0"	Años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

INICIALES DEL ENCUESTADOR:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
HORA DE REALIZACIÓN:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (dd/mm/aaaa)