Sociedad Venezolana de Medicina Interna (SVMI)

Estudio Venezolano de Salud Cardiometabólica

(EVESCAM)

Fundación para la Investigación en Salud Pública y Epidemiológica de Venezuela (FISPEVen)

EVESCAM: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO CODIGO:

Invitador: _____ Fecha de Invitación: ___/___/___.

Encuestador: _____ Fecha de la encuesta: ___/____/____.

Supervisor regional: _____ Ciudad: _____Localidad CC: _____.

Población Rural_____ Urbana_____

NO PARTICIPÓ: No desea participar: _____ No se pudo localizar: _____ Se fue del país: ____ Falleció: _____

Se mudó*: _____ Anotar dirección: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

CUESTIONARIO 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN, SOCIODEMOGRAFICOS Y CLÍNICOS (DISC)

a. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

#	Pregunta	Opciones	Salto
1	1er Apellido (si es casada poner el de soltera) ..... 2do Apellido	1er Nombre ..... 2do Nombre	2
2	Cédula de identidad		3

b. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

3	Fecha de Nacimiento: Día:	__ __	4
	Mes:	__ __	
	Año:	__ __ __ __	
4	¿Cuál es su edad? (años)	_____	5

5	Sexo	Masculino	1	6
		Femenino	2	

6	¿Cuál es su estado civil?	Soltero (a)	1	7
		Casado (a)	2	
		Viudo (a)	3	
		Divorciado (a)	4	
		Concubinato	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

7	Teléfono celular Teléfono de habitación o contacto		8

8	Correo electrónico principal Correo electrónico auxiliar		9

9	Anote la raza	Blanco (incluir Árabes)	1	10
		Negro (Afro-Venezolanos)	2	
		Mixto	3	
		Amerindio (Indígena)	4	
		Otros (Asiáticos)	5	

10	¿Qué centro asistencial consulta usted con mayor frecuencia?	Hospital o Ambulatorio público	1	11
		Red de Barrio Adentro: sea Ambulatorio o Centro de Diagnóstico Integral (CDI)	2	
		Consultas u Hospitales Privados cancelados de su bolsillo	3	
		Consultas u Hospitales Privados cancelados por seguro médico	4	
		Recurre tanto a centros públicos como privados con la misma frecuencia	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

11	¿Tiene Ud. Seguro médico? ¿Cuál tipo?	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)	1	12
		Instituto de previsión social público (IPASME, IPSFA, otros)	2	
		Seguro médico contratado por institución pública	3	
		Seguro médico contratado por institución privada	4	
		Seguro médico privado contratado en forma particular	5	
		Tengo seguro tanto público (1,2 o 3) como privado (4 o 5)	6	
		No tiene	7	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

12	¿Está Ud. satisfecho con el servicio de salud que usualmente utiliza?	Muy satisfecho	1	13
		Medianamente satisfecho	2	
		Poco satisfecho	3	
		Nada satisfecho	4	
		Ni satisfecho ni insatisfecho	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

13	¿Hasta qué grado académico aprobó?	Ninguno	1	14
		Primaria incompleta	2	
		Primaria completa	3	
		Secundaria incompleta	4	
		Bachiller	5	
		Universitaria incompleta	6	
		Técnico superior	7	
		Universitaria completa	8	
		Postgrado	9	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

14	¿Tiene Ud. un empleo fijo actualmente?	Si	1	15
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

15	Basado en el último mes, ¿cuál fue el ingreso familiar mensual en Bs. incluyendo el aporte de todos los miembros de la familia que viven en el hogar?		16

16	¿Cuántas personas habitan regularmente en la casa?		17

c. ANTECEDENTES FAMILIARES

Entiéndase por antecedentes familiares aquellas enfermedades que están presentes en su padre, madre, hermano(a), primo(a), abuelos(as) o tíos (as).

17	¿Alguno de sus familiares padece diabetes o azúcar alta?	Si	1	18
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

18	¿Alguno de sus familiares padece obesidad o gordura?	Si	1	19
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

19	¿Alguno de sus familiares padece presión alta o hipertensión?	Si	1	20
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

20	¿Alguno de sus familiares padece de colesterol o triglicéridos altos en la sangre?	Si	1	21
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

21	¿Alguno de sus familiares ha padecido un infarto cardíaco?	Si	1	22
		No	2	24
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

22	¿Su padre o hermano(s) varones han padecido un infarto cardíaco antes de los 55 años?	Si	1	23
		Sí, pero no recuerda la edad	2	
		No	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

23	¿Su madre o hermana(s) han padecido un infarto cardíaco antes de los 65 años?	Si	1	24
		Sí, pero no recuerda la edad	2	
		No	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

24	¿Alguno de sus familiares ha padecido una trombosis o hemorragia cerebral? (ACV)	Si	1	25
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

d. ANTECEDENTES PERSONALES

25	¿Alguna vez un doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que usted padece diabetes o azúcar alta en la sangre? SI ES MUJER Y DICE "SI" PREGUNTAR: ¿Esto fue solamente cuando estaba embarazada?	Si, Diabetes tipo1 (aparición en la infancia o juventud, uso exclusivo de insulina, coma diabético)	1	25a
		Si, Diabetes tipo 2	2	
		Sí, pero es mujer y sólo se lo dijeron durante el embarazo	3	26
		No	4	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

25a	¿Desde hace cuántos años sabe que tiene diabetes?		25b

25b	¿Algún médico le indicó tratamiento para la diabetes?	Si	1	25c
		No	2	26
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

25c	¿Qué tipo de medicación le prescribió su médico para controlar la diabetes?	Insulina (inyección)	1	25d
		Medicamentos tomados vía oral	2	
		Ambas	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

25d	¿Está usted tomando algún medicamento para controlar la diabetes de forma regular y en la dosis prescrita por su médico?	Si, todos los días y en la dosis indicada	1	26
		Sí, todos los días, pero no en la dosis indicada	2	25f
		Sí, pero no todos los días	3	25e
		No	4	
		No sabe/No recuerda	98	26
		Se rehúsa a responder	99	

25e	¿Desde hace cuánto tiempo NO toma sus medicamentos para la diabetes regularmente (todos los días)?	Hace < 1 semana	1	25f
		Hace 1 a 2 semanas	2	
		Hace 2 a 4 semanas (15 días a 1mes)	3	
		Hace 4 a 12 semanas (1 a 3 meses)	4	
		Hace > 12 semanas (> 3 meses)	5	

		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

25f	Señale ¿por qué no cumple su tratamiento para la diabetes tal como lo indicó su médico?	No lo consigo	1	26
		No lo puedo pagar	2	
		No me parece necesario	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

26	¿Alguna vez algún doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que usted ha tenido, tiene o padece de hipertensión o presión arterial alta?	Si	1	26a
	SI ES MUJER Y DICE"SI" PREGUNTAR: "¿Esto fue solamente cuando estaba embarazada?"	Sí, pero es mujer y sólo se lo dijeron durante el embarazo	2	27
		No	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

26a	¿Desde hace cuántos años sabe que tiene hipertensión o presión arterial alta?		26b

26b	¿Algún médico le indicó tratamiento para la hipertensión o presión arterial alta?	Si	1	26c
		No	2	27
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

26c	¿Está usted tomando regularmente y en la dosis prescrita por su médico la medicación para controlar la hipertensión o presión arterial alta?	Sí, todos los días y en la dosis indicada	1	27
		Sí, todos los días, pero no en la dosis indicada	2	26e
		No la tomo todos los días	3	26d
		No	4	
		No sabe/No recuerda	98	27
		Se rehúsa a responder	99	

26d	¿Desde hace cuánto tiempo NO toma sus medicamentos para la hipertensión o presión alta regularmente (todos los días)?	Hace < 1 semana	1	26e
		Hace 1 a 2 semanas	2	
		Hace 2 a 4 semanas (15 días a 1 mes)	3	
		Hace 4 a 12 semanas (1 a 3 meses)	4	
		Hace > 12 semanas (> 3 meses)	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

26e	Señale ¿por qué no cumple su tratamiento para la hipertensión o presión arterial alta tal como lo indicó su médico?	No lo consigo	1	27
		No lo puedo pagar	2	
		No me parece necesario	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

27	¿Alguna vez algún doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted ha tenido, tiene o padece obesidad?	Si	1	27a
		No	2	28
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

27a	¿Algún médico le indicó tratamiento para controlar la obesidad?	Si	1	27b
		No	2	28
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

27b	¿Está usted tomando tratamiento para la obesidad regularmente y en la dosis prescrita por su médico?	Sí, todos los días y en la dosis indicada	1	28
		Sí, todos los días, pero no en la dosis indicada	2	27d
		No la tomo todos los días	3	27c
		No	4	
		No sabe/No recuerda	98	28
		Se rehúsa a responder	99	

27c	¿Desde hace cuánto tiempo NO toma sus medicamentos para la obesidad regularmente (todos los días)?	Hace < 1 semana	1	27d
		Hace 1 a 2 semanas	2	
		Hace 2 a 4 semanas (15 días a 1 mes)	3	
		Hace 4 a 12 semanas (1 a 3 meses)	4	
		Hace> 12 semanas (> 3 meses)	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

27d	Señale ¿por qué no cumple su tratamiento para la obesidad tal como lo indicó su médico?	No lo consigo	1	28
		No lo puedo pagar	2	
		No me parece necesario	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

28	¿Alguna vez, algún doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que usted ha tenido, tiene o padece de colesterol o triglicéridos altos en la sangre?	Si	1	28a
		No	2	29
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

28a	¿Algún médico le indicó tratamiento para controlar colesterol o triglicéridos altos en la sangre?	Si	1	28b
		No	2	29
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

28b	¿Está usted tomando el tratamiento para colesterol o triglicéridos altos regularmente y en la dosis prescrita por su médico?	Sí, todos los días y en la dosis indicada	1	29
		Sí, todos los días, pero no en la dosis indicada	2	28d
		No la tomo todos los días	3	28c
		No	4	
		No sabe/No recuerda	98	29
		Se rehúsa a responder	99	

28c	¿Desde hace cuánto tiempo NO toma sus medicamentos para colesterol o triglicéridos altos regularmente (todos los días)?	Hace < 1 semana	1	28d
		Hace 1 a 2 semanas	2	
		Hace 2 a 4 semanas (15 días a 1 mes)	3	
		Hace 4 a 12 semanas (1 a 3 meses)	4	
		Hace > 12 semanas (> 3 meses)	5	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

28d	Señale ¿por qué no cumple su tratamiento para colesterol o triglicéridos altos tal como lo indicó su médico?	No lo consigo	1	29
		No lo puedo pagar	2	
		No me parece necesario	3	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

29	¿Alguna vez, algún doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que tuvo un ataque al corazón, también llamado infarto de miocardio?	Si	1	30
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

30	¿Alguna vez algún doctor u otro profesional de la salud le ha dicho que tuvo una trombosis o hemorragia cerebral?	Si	1	31
		No	2	
		No sabe/No recuerda	98	
		Se rehúsa a responder	99	

e. FINDRISC. Nota: Si en la pregunta 25responde ser diabético, no llenar de la 31 a la 35

31	¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?	Si, 5 o más días a la semana	0	32
		Si, menos de 5 días a la semana	1	
		No	2	
32	¿Con qué frecuencia come vegetales o frutas?	Todos los días	0	33
		No todos los días	1	
33	¿Toma medicación para la hipertensión o presión arterial elevada regularmente?	Si	1	34
		No	0	
34	¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa (azúcar) altos (ej.: durante un control médico, durante una enfermedad o durante el embarazo?	Si	5	35
		No	0	
35	¿Algunos familiares allegados u otros parientes han sido diagnosticados de diabetes (tipo 1 o tipo 2)?	Si: padres, hermanos, hijos	5	36
		Si: abuelos, tíos, tías, primo hermano (no padres hermanos o hijos)	3	
		No	0	

f. HÁBITOS PSICOBIOLÓGICOS

36	¿Usted se ha fumado 100 cigarrillos o 20 tabacos o 20 pipas en toda su vida?	Si, he fumado esa cantidad y he fumado en los últimos 12 meses	1	36a
		Si, he fumado esa cantidad, pero no he fumado en los últimos 12 meses	2	**36c**
		No, nunca he fumado	3	37
36a	¿Desde hace cuántos años consume cigarrillos, tabacos o pipas?			36b
36b	¿En promedio, cuántos cigarrillos consume al día?			37

36c	¿Durante cuántos años consumió cigarrillos, tabacos o pipas?		36d

36d	¿En promedio, cuántos cigarrillos consumía al día cuando usted fumaba?		36e

36e	¿Desde hace cuánto tiempo dejó de fumar?		37

37	¿Sus familiares, amigos o compañeros de trabajo fuman?	Si, lo hacen en mi presencia por más de 5 minutos seguidos	1	38
		Sí, pero no en mi presencia	2	
		No	3	
38	¿Alguna vez, usted ha consumido chimó, tabaco masticado o tabaco bajo la lengua?	Si, actualmente lo consumo y he consumido los últimos 12 meses	1	39
		Sí, pero no lo he consumido en los últimos 12 meses	2	
		No, nunca he consumido	3	
39	¿Usted consume licor, cerveza, vino, tragos u otro, tres o más veces a la semana?	Si	1	40
		No	2	
40	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? Una bebida se refiere a:	Nunca	1	**Fin**
	Cerveza (360cc = 1 y media)	1 vez al mes o menos	2	41
	Vino (150 cc = 1 copa).	2 a 4 veces al mes	3	
	Whisky, ron y otros (1,5 onzas = 45 cc) solo o en mezcla	2 a 3 veces a la semana	4	
		4 o más veces a la semana	5	
41	¿Cuántas bebidas alcohólicas suele tomar usted, en un día de consumo normal?	1 o 2	1	42
	Cerveza (360c c = 1 y media)	3 o 4	2	
	Vino (150 cc = 1 copa).	5 o 6	3	
	Whisky, ron y otros (1,5 onzas = 45 cc) solo o en mezcla	7 a 9	4	
		10 y más	5	
42	¿Con qué frecuencia toma usted seis (6) o más bebidas alcohólicas en un sólo día?	Nunca	1	FIN
	Cerveza (360c c = 1 y media)	Menos de una vez al mes	2	
	Vino (150 cc = 1 copa).	Una vez al mes	3	
	Whisky, ron y otros (1,5 onzas = 45 cc) solo o en mezcla	Una vez a la semana	4	
		Diariamente o casi a diario	5	

CUESTIONARIO 2. DETERMINACIÓN DE ESTRATOS SOCIALES. MÉTODO GRAFFAR-MÉNDEZ CASTELLANO

Variables	Puntaje	Items
1. Profesión del jefe de la familia	1	Profesión universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de educación superior)
	2	Profesión técnica superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte de los trabajadores del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza universitaria o su equivalente
	2	Técnica superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3. Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4. Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de gran lujo
	2	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambiente con lujo sin excesos y suficientes espacios
	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Vivienda con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

CUESTIONARIO 3. CUESTIONARIO SIMPLIFICADO DE RIQUEZA.

A continuación, le realizaremos unas preguntas sobre características de su hogar

Su hogar tiene:			
1. ¿Televisión?	SI	NO	
2. ¿Ventilador/Aire acondicionado?	SI	NO	
3. ¿Electricidad?	SI	NO	
4. ¿Escaparate / closet?	SI	NO	
5. ¿Nevera?	SI	NO	
6. ¿Alguno de los miembros del hogar tiene una cuenta en el banco?	SI	NO	
7. ¿Cuál es el material principal del piso en su hogar?	Tierra	Cemento	Otro
8. ¿Cuál es el principal material de las paredes en su hogar?	Cemento	Otro	
9. ¿Cuál es el combustible principal utilizado para cocinar?	Leña	Otro	
10. ¿Qué tipo de inodoro usualmente usan los miembros de su hogar?	Sin Baño/ Al aire libre	Otro	

Nota al encuestador: En la pregunta 8, marque como otro cualquier material de calidad inferior al cemento. Por ejemplo, bahareque, latón etc. Si el material es similar al cemento (ej. ladrillo) o superior, márquela como cemento.

CUESTIONARIO 4. OTROS INDICADORES

En este cuestionario, seleccione la respuesta más adecuada:

1) ¿Usted tiene acceso a agua potable (más de 7.5litros/día)?
(7.5litros = 3/4 de tobo de agua)
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

2) En esta vivienda el servicio eléctrico se interrumpe:
   a) Diariamente por varias horas
   b) Alguna vez a la semana por varias horas
   c) Alguna vez al mes
   d) Nunca se interrumpe
   e) No tiene servicio eléctrico

3) En su hogar, ¿cuenta con gas doméstico?
   a) Siempre
   b) Algunas veces
   c) Rara vez
   d) Nunca

4) En su hogar cuenta con servicio de disposición de excretas (poceta o letrina)?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

5) Esta vivienda tiene:
   a) Poceta a cloaca
   b) Pozo séptico
   c) Poceta sin conexión (tubo)
   d) Excusado de hoyo o letrina
   e) No tiene poceta o excusado

6) ¿Ha tenido que separarse de sus familiares por la situación actual del país?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

7) Ha tenido que separarse en el último año de sus familiares (hijos, padres, hermanos y abuelos)?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

8) Recibe usted aporte económico de un familiar que vive fuera del país?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

9) ¿Ha tenido dificultades para desplazarse a sus actividades habituales por falta de transporte?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

10) Hay niños en edad escolar que viven en este hogar que no están asistiendo a clase?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

11) Desde la evaluación anterior, ¿ha tenido un hijo nacido vivo?
   a) Si
   b) No
   c) No sabe/No recuerda
   d) Rehusa responder

Datos del niño/niña:

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Teléfono donde vive**

12) Personas del hogar que migraron fuera del país
Parentesco: Padre P, Madre M, hijo H, abuelo A, tío T, primo Pr.

Nombre	**Edad**	**Sexo F/M**	**Parentesco**	**Teléfono**	**email**	**Participó en EVESCAM 1**

CUESTIONARIO 5. CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FÍSICA (IPAQ)

El siguiente texto debe ser leído a cada sujeto

LEA: Ahora le voy a preguntar acerca del tiempo que Usted estuvo físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si Usted no se considera una persona activa. Piense en las actividades que Usted hace en su trabajo, lo que hace como parte de los oficios en su casa, jardín o terreno que tenga alrededor de su vivienda; para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, para ejercicio, deporte o recreación.

LEA: Ahora, piense acerca de todas las **ACTIVIDADES VIGOROSAS** que requieren un esfuerzo físico fuerte que Usted hizo en los últimos 7 días. Actividades vigorosas son las que hacen respirar más rápido y latir el corazón mucho más fuerte de lo normal y pueden incluir el levantamiento de objetos pesados, excavar, ejercicios aeróbicos, jugar fútbol o pedalear rápido en bicicleta. No incluya caminar. Piense solamente en esas actividades que Usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

[Clarificación por parte del entrevistador: Para las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 piense solamente en esas actividades físicas que usted hace por lo menos 10 minutos continuos]

PREGUNTA 1. Durante los últimos 7 días ¿Cuantos días hizo Usted actividades físicas vigorosas?

_____Días por semana [VDAY; Rango: 0-7,8,9]

8. No sabe /no está seguro(a)

9. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: *Si la persona entrevistada responde cero*, no quiere o no sabe, pase a la pregunta 3]

PREGUNTA 2. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le toma realizar actividades físicas vigorosas en los días que las realiza?

_____Horas por día [VDHRS; Rango:0-16]

_____Minutos por día [VDMIN; Rango: 0-960,

998, 999] 998. No sabe /no está seguro(a)

999. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: Se está buscando un tiempo promedio por día. Si la persona entrevistada no puede contestar porque la cantidad de tiempo varía día a día, pregunte:

"¿Cuanto tiempo en total le dedicó usted en los últimos 7 días a actividades físicas vigorosas?"

_____Horas por semana [VWHRS; Rango:0-112]

_____Minutos por semana [VWMIN; Rango: 0-6720,

9998, 9999] 9998. No sabe /no está seguro(a)

9999. No quiere contestar

LEA: Ahora piense en actividades que requieren **ESFUERZO FISICO MODERADO** y que Usted hizo en los últimos 7 días. Actividades físicas moderadas son las que hacen respirar algo más fuerte que lo normal e incluyen cargar cosas ligeras, montar en bicicleta a paso regular, bailar, entre otras. No incluya caminar. Otra vez piense únicamente en aquellas actividades físicas que Usted hizo por lo menos 10 minutos continuos.

PREGUNTA 3. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo Usted actividades físicas moderadas?

_____Días por semana [MDAY; Rango: 0-7, 8, 9]

8. No sabe /no está seguro(a)

9. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: *Si la persona entrevistada responde cero*, No quiere o no sabe, pase a la pregunta5]

PREGUNTA 4. ¿Cuánto tiempo en total usualmente le dedicó en uno de esos días que hizo actividades físicas moderadas?

_____Horas por día [MDHRS; Rango:0-16]

_____Minutos por día [MDMIN; Rango: 0-

960, 998, 999] 998. No sabe /no está

seguro(a)

999. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: Se necesita un promedio de tiempo al día de uno de los días en los cuales Usted hizo actividad física moderada. Si la persona entrevistada no puede contestar porque la cantidad de tiempo varía día a día, o incluye tiempo dedicado en diferentes trabajos, pregunte:

¿Cuánto tiempo en total le dedicó Usted en los últimos 7 días a hacer actividades físicas moderadas?"

_____Horas por semana [MWHRS; Rango:0-112]

_____Minutos por semana [MWMIN; Rango: 0-6720,

9998, 9999] 9998. No sabe /no está seguro(a)

9999. No quiere contestar

LEA: Ahora piense en el tiempo que Usted le dedicó a **CAMINAR** en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo y en la casa, caminar para ir de un sitio a otro, y cualquier otra caminata que Usted haya hecho meramente por recreación, deporte, ejercicio o placer.

PREGUNTA 5. ¿Durante los últimos 7 días, cuántos días caminó Usted por lo menos 10 minutos seguidos?

_____Días por semana [WDAY; Rango: 0-7, 8,9]

8. No sabe /no está seguro(a)

9. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: *Si la persona entrevistada responde cero*, No quiere o no sabe, pase a la pregunta 7]

PREGUNTA 6. ¿Cuánto tiempo en total pasó generalmente caminando en uno de esos días?

_____Horas por día [WDHRS; Rango:0-16]

_____Minutos por día [WDMIN; Rango: 0-960, 998, 999] 998. No

sabe /no está seguro(a)

999. No quiere contestar

[**Nota para el entrevistador**: Se necesita un promedio de tiempo de los días en los cuales Usted camina. Si la persona entrevistada no puede contestar porque la cantidad de tiempo varía mucho día a día, pregunte: ¿Cuál es la cantidad total de tiempo que Usted pasó caminando en los últimos 7días?"

_____Horas por semana [WWHRS; Rango:0-112]

_____Minutos por semana [WWMIN; Rango: 0-6720,

9998, 9999] 9998. No sabe /no está seguro(a)

9999. No quiere contestar

LEA: Ahora piense acerca del tiempo que Usted pasó **SENTADO (A)** en la semana durante los últimos 7 días. Incluya el tiempo en el trabajo, en la casa, estudiando y durante el tiempo de descanso. Esto puede incluir tiempo que pasó sentado(a) en un escritorio, visitando amistades, leyendo, sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.

PREGUNTA 7. Durante los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo en total usted

usualmente pasó sentado durante un día en la semana?

_____Horas por día [SDHRS;0-16]

_____Minutos por día [SDMIN; Rango: 0-

960, 998, 999] 998. No sabe /no está

seguro(a)

999. No quiere contestar

[**Clarificación por parte del entrevistador**: Incluya el tiempo que pasó acostado (despierto) así como sentado]

[**Nota para el entrevistador**: Se necesita un promedio de tiempo al día. Si la persona entrevistada no puede contestar porque la cantidad de tiempo varia día a día, pregunte: "Cuál fue la cantidad total de tiempo que Usted pasó *sentado(a)* el **miércoles** pasado?"

_____Horas el miércoles [SWHRS; Rango0-16]

_____Minutos el miércoles [SWMIN; Rango: 0-

960, 998, 999] 998. No sabe /no está seguro(a)

999. No quiere contestar

PREGUNTA 8. Piense en los últimos 7 días, ¿Cuánto tiempo en total usted

duerme al día, durante un día en la semana?

_____Horas por día [SLHRS;0-16]

_____Minutos por día [SLMIN; Rango: 0-

960, 998, 999] 998. No sabe /no está

seguro(a)

999. No quiere contestar

[**Clarificación por parte del entrevistador**: Incluya el tiempo que durmió en el día así como en la noche]

[**Nota para el entrevistador**: Se necesita un promedio de tiempo al día. Si la persona entrevistada no puede contestar porque la cantidad de tiempo varia día a día, pregunte: "Cuál fue la cantidad total de tiempo que Usted durmió el **miércoles** pasado?"

_____Horas el miércoles [SLPHRS; Rango0-16]

_____Minutos el miércoles [SLPMIN; Rango: 0-

960, 998, 999] 998. No sabe /no está seguro(a)

999. No quiere contestar

Esta sección es para el entrevistador
Verifique la cantidad de tiempo de cada actividad y llene la siguiente tabla:

Tipo de Actividad	**Horas**	**Minutos**
Actividad vigorosa		
Actividad Moderada		
Caminata		
Horas Sentado		
Horas de sueño		
TOTAL		

Nota para el entrevistador: Totalice las horas y minutos. La sumatoria de todas las actividades no debe ser más de 24 horas. Si es el caso, verifique nuevamente el cuestionario

CUESTIONARIO 6. CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE INGESTA DE ALIMENTOS

Instructivo: Estas preguntas se refieren a los distintos tipos de alimentos que usted comió o bebió durante el mes pasado, es decir, en los últimos 30 días. En su respuesta, por favor incluya comidas y meriendas consumidas en el hogar, trabajo, escuela, restaurantes y cualquier otro sitio.
Durante el mes pasado, ¿cuántas raciones por día, por semana o por mes comió de los siguientes alimentos?
Para conocer el tamaño de la ración de cada alimento vea la foto que se le muestra y compare cuantas raciones de ese tamaño comió.

GRUPO DE ALIMENTOS	TAMANO DE LA RACION (foto)	NUMERO DE RACIONES													
		Diario					Semanal					Último mes			
Frutas 1. Fruta entera o picada (preguntar tizana)	1 unidad mediana 1 taza grande (240 cc) de fruta picada	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
2. Jugo de frutas	1 vaso de jugo de fruta (200 cc)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
3. **Vegetales** (preguntar ensaladas)	- Crudos: 1 taza grande (8 onzas= 240cc) - Cocidos: ½ taza grande	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Lácteos y derivados: 4. Leche	- Leche: 1 vaso (200 cc)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
5. Quesos	- 1 rebanada (30g) - 3 cucharadas (30 g, es decir 10g c/u)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
6. **Grasas** (mantequilla, margarina, crema leche, aceite)	- Mantequilla, margarina, mayonesa y crema de leche: 1 cucharada (15g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
	Aceites: 1 cucharada (10 cc = 10g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
	Aguacate =½ taza (115 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Almidones 7. Pan blanco	1 rebanada de pan = ½ pan francés	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
8. Arepa	1 unidad mediana (100 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
9. Pasta	1 taza o 1 plato pequeño (150 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Arroz blanco cocido	1 taza (125 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Yuca sancochada y/o Casabe	- Yuca: 1 trozo mediano (150g) - Casabe: ¼ torta mediana	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Papa entera o puré	1 papa pequeña (50 g) = ½ taza de puré	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Plátano	Medio plátano	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0

GRUPO DE ALIMENTOS	TAMANO DE LA RACION (foto)	NUMERO DE RACIONES													
		Diario					Semanal					Último mes			
10. Cereales	½ taza de hojuelas	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Granos enteros 11. Avena en hojuelas preparada	½ taza cocida	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
12. Cachapa de maíz pilado	½ cachapa pequeña (80 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
13. **Leguminosas** (caraotas, frijoles, lentejas, garbanzos, arvejas etc.)	1 taza cocida (210 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
14. **Sopas** (no incluir de leguminosas)	1 taza (240 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
15. **Nueces y semillas** (nueces, maní, pistachos, avellanas, almendras)	½ taza o 3 cucharadas (25 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
16. **Pescados** (incluir sardina y atún en lata)	- Pescados: 1 filete mediano (120g) - Sardina y atún: 1 lata escurrida (120g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
17. **Aves** de corral (Pollo, gallina)	- Pollo: 1 pechuga o 2 muslos (120g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
18. **Carnes**	1 bistec mediano (120 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
19. **Huevos**	1 unidad (50 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Alimentos fritos 20. Empanadas (pastelitos, mandocas)	1 unidad mediana (80 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
21. Papas fritas (yuca frita)	½ taza (68 g) Yuca: 1 trozo mediano (150g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
Tajadas o tostones de plátano fritos	Tajada: ½ plátano = 4 unidades (150 g) Tostones ½ plátano = 4 unidades (150 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
22. Comidas rápidas y postres Hamburguesas Perros calientes Pepitos (sándwich de carne) Pizzas	1 unidad pequeña (102 gr) o 1ud. 1 unidad (salchicha Frankfurt mediana = 30 gr) a. ½ unidad de ½ pan canilla = ¼ pan canilla ½ pizza pequeña	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0

GRUPO DE ALIMENTOS	TAMANO DE LA RACION (foto)	NUMERO DE RACIONES													
		Diario					Semanal					Último mes			
23. Galletas dulces o saladas	- Galleta dulce: 1 paquete (30g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
	- Galleta de soda: 1paquete	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
24. Tortas o postres	- Dulces y postres: ½ taza = 1 onza (33 g)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
25. Azúcar	1 cucharada = 15 g 1 cucharadita = 5 g (3 cucharaditas)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
26. Comidas en Ventas de Comida rápidas (incluir franquicias y expendios ambulantes)	Anote el número de veces que el sujeto come en esos establecimientos	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
27. **Bebidas** (Refrescos y Bebidas instantáneas tipo te frío, jugos pasteurizados)	1 vaso = 240 cc = 8 onzas = 1 botella	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
28. **Agua**	1 vaso = 240 cc = 8 onzas	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
29. **Alcohol**	Cerveza (360cc = 1 y media) Vino (150 cc = 1 copa) Whisky, ron y otros (1,5 onzas = 45cc)	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0
30. **Café**	Café = 1 taza mediana	1	2	3	4	5+	1	2	3	4	5+	1	2	3	0

CUESTIONARIO 7. CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRANEA (CADM)

Instructivo: Estas preguntas se refieren a los distintos tipos de alimentos que se relacionan con el patrón alimentario del Mediterráneo.
A continuación, se le preguntará si consume el alimento y la cantidad suficiente para cumplir el criterio. Si consume el alimento en la cantidad suficiente la respuesta será marcada como SI, en caso de no consumirlo o no alcanzar la cantidad suficiente para cumplir el criterio la respuesta será NO. Marque con una tilde √ la respuesta correcta. (Entre paréntesis encontrará el tamaño de las raciones)

1. ¿Utiliza aceite de oliva como principal fuente de grasa para cocinar? Criterio: SI _____/ NO _____	8. ¿Usted bebe vino? Criterio: ¿Siete o más copas por semana? (1 copa = 100 cc) SI _____/ NO _____
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume Ud. por día (incluido el utilizado en fritura, ensaladas, comidas consumidas fuera de casa, etc.)? Criterio: ¿Cuatro cucharadas o más por día? (1 cucharada = 13,5 g) SI _____/ NO _____	9. ¿Cuántas raciones de leguminosas (granos) consume Ud. por semana? Criterio: ¿Tres o más raciones por semana? (1 ración = 150 g) SI _____/ NO _____
3. ¿Cuántas porciones de vegetales consume Ud. por día? Criterio: ¿Dos raciones o más por día? (1 ración = 200 g - más o menos 1 taza) SI _____/ NO _____	10. ¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume Ud. por semana? Criterio: ¿Tres o más raciones por semana? (100-150 g de pescado, 4-5 pedazos o 200 g de marisco) SI _____/ NO _____
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo el jugo recién exprimido) consume Ud. por día? Criterio: ¿Tres raciones o más por día? SI _____/ NO _____	11. ¿Cuántas veces consume Ud. pastelería comercial (no casera), como galletas o tortas por semana? Criterio: ¿Menos de 2 veces por semana? SI _____/ NO _____
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas (perros calientes) consume Ud. por día? Criterio: ¿Menos de una ración por día? (Una ración completa es de 100-150 g) SI _____/ NO _____	12. ¿Cuántas veces consume Ud. frutos secos (ej. nueces etc.) por semana? Criterio: ¿Tres veces o más por semana? (1 porción = 30 g) SI _____/ NO _____
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o crema consume Ud. por día? Criterio: ¿Menos de una ración por día? (1 Ración = 12 g) SI _____/ NO _____	13. ¿Prefiere comer pollo, pavo o conejo en lugar de carne de res, carne de cerdo, hamburguesas o salchichas (perros calientes)? Criterio: SI _____/ NO _____
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas (refrescos) y/o bebidas azucaradas consume Ud. por día? Criterio: ¿Menos de una por día? SI _____/ NO _____	14. ¿Cuántas veces por semana consume Ud. vegetales cocidos, pasta, arroz u otros platos con una salsa de tomate, ajo, cebolla, o cebollín salteados en aceite de oliva? Criterio: ¿Dos veces o más por semana? SI _____/ NO _____

CUESTIONARIO 8. ESCALA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

A continuación, le haremos unas preguntas sobre seguridad alimentaria en su hogar, conteste con toda confianza, su respuesta será confidencial.

ITEMS	SI	NO	NO SABE
1. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez se preocupó porque los alimentos se acabarán en su hogar?			
2. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?			
3. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable?			
4. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo alimentación basada en poca variedad de alimentos?			
5. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?			
6. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer?			
7. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?			
8. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer de durante el día?			
¿En su hogar viven menores de 18 años? ***Si responde Si pase a la pregunta 9*** ***Si responde NO pase al próximo cuestionario***			
9. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable?			
10. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos?			
11. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?			
12. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía?			
13. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?			
14. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre, pero no comió?			
15. En los últimos 3 meses, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día?			

CUESTIONARIO 9. ESCALA HOSPITALARIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD (HADS). (AUTOADMINISTRADO)

Este cuestionario ayuda a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más coincide a cómo se sintió usted **durante la semana pasada**. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si contesta rápido, sus respuestas indicarán mejor cómo se encontraba usted durante la semana pasada.

1. Me siento tenso o "nervioso" _____Todos los días _____Muchas veces _____A veces _____Nunca	8. Me siento como si cada día estuviera más lento _____Por lo general, en todo momento _____Muy a menudo _____A veces _____Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba _____Como siempre _____No lo bastante _____Sólo un poco _____Nada	9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago _____Nunca _____En ciertas ocasiones _____Con bastante frecuencia _____Muy a menudo
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a pasar _____Definitivamente, y es muy fuerte _____Sí, pero no es muy fuerte _____Un poco, pero no me preocupa _____Nada	10. He perdido interés por mi aspecto personal _____Totalmente _____No me preocupo tanto como debiera _____Podría tener un poco más de cuidado _____Me preocupo al igual que siempre
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas _____Al igual que siempre lo hice _____No tanto ahora _____Casi nunca _____Nunca	11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme _____Mucho _____Bastante _____No mucho _____Nada
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones _____La mayoría de las veces _____Con bastante frecuencia _____A veces, aunque no muy a menudo _____Sólo en ocasiones	12. Me siento optimista respecto al futuro _____Igual que siempre _____Menos de lo que acostumbraba _____Mucho menos de lo que acostumbraba _____Nada
6. Me siento alegre _____Nunca _____No muy a menudo _____A veces _____Casi siempre	13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico _____Muy frecuentemente _____Bastante a menudo _____No muy a menudo _____Nada
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado _____Siempre _____Por lo general _____No muy a menudo _____Nunca	14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión _____A menudo _____A veces _____No muy a menudo _____Rara vez

CUESTIONARIO 10. EVENTOS ESTRESANTESDE VIDA (EEV) (AUTOADMINISTRADO)
En este cuestionario se abordará sobre algunas situaciones que podría haber experimentado. Escuche detenidamente e indique si ha presentado alguna de ellas.

EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES:	No	Si, una vez	Si, más de una vez	¿Cuándo fue la última vez?		
				Hace menos de 1 mes	1-6 meses atrás	7-12 meses atrás
¿Tuvo algún problema de salud por más de un mes, que le impidió realizar sus actividades habituales?						
¿Sufrió algún accidente de tránsito (como conductor, pasajero o peatón)?						
¿Falleció algún familiar cercano?						
¿Enfrentó dificultades financieras más severas que las habituales?						
¿Fue forzado a mudarse de su casa en contra de su voluntad (aumento de alquiler, mudanza de la familia)?						
¿Terminó alguna relación amorosa (divorcio, separación)?						
¿Fue asaltado, robado o secuestrado (le quitaron algún bien con uso o amenaza de violencia)?						
¿Fue víctima de alguna agresión física?						
¿Fue herido con alguna arma de fuego (revolver, pistola) o arma blanca (cuchillo, navaja)?						
¿Presenció que alguien fuera herido por arma de fuego o arma blanca?						

CUESTIONARIO 11. ACCESO A MEDICAMENTOS (AUTOADMINISTRADO)

Estimado participante a continuación se le realizarán algunas afirmaciones sobre el acceso que tuvo a los medicamentos en los ***últimos 3 meses***, lea y responda con confianza.

¿Ud necesitó adquirir medicamentos en los últimos 3 meses? Si ___ No ____.
Si la opción es ***SI*** continúe este cuestionario y si la opción es ***NO*** finaliza el cuestionario.

Aspecto evaluado	**Si**	**No**
1) He podido obtener los medicamentos indicados por mi médico. *Si responde NO, salte a la pregunta 7*		
2) Los medicamentos indicados por mi médico los obtengo en una farmacia		
3) Los medicamentos indicados por mi médico los obtengo en hospitales, ambulatorios, o CDI		
4) Los medicamentos indicados por mi médico los obtengo fuera de la farmacia a través de intermediarios		
5) Los medicamentos indicados por mi médico los obtengo de donaciones no gubernamentales		
6) Cumplo mi medicación en la dosis prescrita por mi médico		
7) Dejo de cumplir la medicación prescrita por mi médico porque no la puedo pagar		
8) Dejo de cumplir la medicación prescrita por mi médico porque no la consigo		
9) Dejo de cumplir la medicación prescrita por mi médico porque se me olvida o no me importa		
10) He tenido que tomar medicamentos vencidos (pasada la fecha de expiración)		
11) Mi médico me prescribe varias opciones del tratamiento		
12) Debo recorrer 3 o más establecimientos para obtener mis medicamentos		

13) ¿Qué clase de medicamentos compra Ud.?

a) De marca
b) Genéricos
c) El que encuentre

14) El establecimiento donde obtiene sus medicamentos se encuentra más frecuentemente (Puede seleccionar varias opciones)

a) Dentro de su sector
b) Fuera de su sector, pero en la misma ciudad
c) Fuera de su ciudad, pero dentro del país
d) Fuera del país

CUESTIONARIO 12. CUESTIONARIO DE SALUD EQ-5D-5L (AUTOADMINISTRADO)

Debajo de cada enunciado, marque la casilla (UNA) que mejor describa su salud HOY.

MOVILIDAD

No tengo problemas para caminar ❑

Tengo problemas leves para caminar ❑

Tengo problemas moderados para caminar ❑

Tengo problemas graves para caminar ❑

No puedo caminar ❑

CUIDADO PERSONAL (*Lavarme, puede incluir bañarme, afeitarme y cepillarme)

No tengo problemas para lavarme o vestirme solo(a) ❑

Tengo problemas leves para lavarme o vestirme solo(a) ❑

Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme solo(a) ❑

Tengo problemas graves para lavarme o vestirme solo(a) ❑

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo(a) ❑

ACTIVIDADES COTIDIANAS*(p. ej., trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o actividades recreativas)*

No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ❑

Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ❑

Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ❑

Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ❑

Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas ❑

DOLOR / MALESTAR

No tengo dolor ni malestar ❑

Tengo dolor o malestar leve ❑

Tengo dolor o malestar moderado ❑

Tengo dolor o malestar fuerte ❑

Tengo dolor o malestar extremo ❑

ANSIEDAD / DEPRESIÓN

No estoy ansioso(a) ni deprimido(a) ❑

Estoy levemente ansioso(a) o deprimido(a) ❑

Estoy moderadamente ansioso(a) o deprimido(a) ❑

Estoy muy ansioso(a) o deprimido(a) ❑

Estoy extremadamente ansioso(a) o deprimido(a) ❑

Nos gustaría saber que tan buena o mala es su salud HOY.

La escala está numerada de 0 a 100.

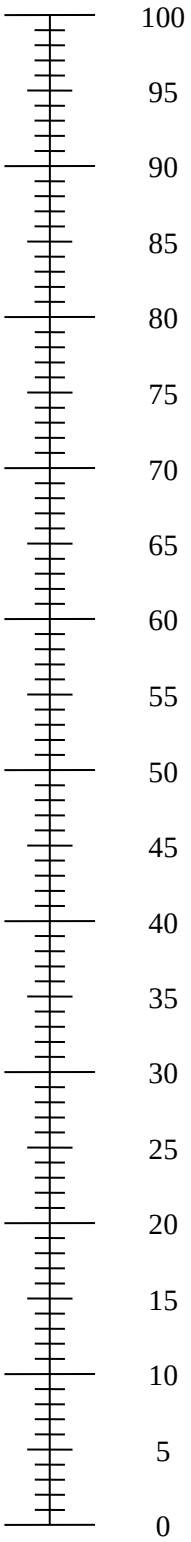
100 representa la mejor salud que usted se pueda imaginar.
0 representa la peor salud que usted se pueda imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cómo esta su estado de salud HOY.

Ahora, escriba en el casillero que encontrará a continuación el número que marcó en la escala.

SU SALUD HOY = ☐

La mejor salud que usted se pueda imaginar



La peor salud que usted se pueda imaginar

CUESTIONARIO 13. EVALUACIÓN GLOBAL SUBJETIVA

Este cuestionario se realiza cuando el participante se encuentre en la **estación del examen físico**. **No debe pesar al participante antes de preguntarle el peso** que estima que tiene y completarse cuando el paciente tiene el tórax descubierto y los pies descubiertos por el peso corporal.
Seleccione solo una opción por cada pregunta

#	Pregunta	Opciones	Respuesta	Salto
	A) Cambio de peso y talla			
1	¿Cuál considera usted que es su peso actual?		_____ Kg	2
2	¿Cuál considera usted que era su peso hace 6 meses?		_____ Kg	3
3	¿Cuál considera usted que era su peso hace 1 año?		_____ Kg	4
4	¿En el último año estuvo usted tratando de perder peso haciendo dieta o ejercicio?	Si	1	5
		No	2	
5	En el último mes, su peso	Aumento	1	6
		Disminuyó	2	
		No cambió	3	
	B) Cambio en la ingesta en el último mes (Respecto a lo normal)			
6	En comparación con la cantidad de alimentos que usted ingiere normalmente, en el último mes:	Está comiendo más de lo usual	1	7
		Está comiendo menos de lo usual	2	
		Está comiendo igual	3	
7	Con respecto al tipo de alimentos que ingiere actualmente, usted está consumiendo:	Comida normal pero menos cantidad	1	8
		Comida normal pero muy poca cantidad	2	
		Sólo líquidos	3	
		Solo Suplementos nutricionales	4	
		Muy poco de los alimentos que consigo	5	
	C) Síntomas Gastrointestinales			
8	**¿Ha tenido usted alguno de los siguientes síntomas que le impidieron comer en las últimas 2 semanas?**	No ha tenido ningún problema que me impida comer	1	9
		Ha estado sin apetito, usted sólo no tenía ganas de comer	2	
		Ha tenido nauseas, vómitos, diarrea, boca seca	3	
		Ha habido otras causas que le han impedido comer (Depresión, falta de dinero, problemas dentales)	4	
	D) Capacidad Funcional:			
9	¿Cómo calificaría su actividad diaria en el último mes?	Usted ha estado normal, sin limitaciones	1	10
		No es su estado normal, pero es capaz de levantarse y realizar sus actividades	2	
		No se siente bien y pasa en cama o en una silla más de la mitad del día	3	
		Es capaz de realizar poca actividad y pasa la mayor parte del tiempo en la cama o en una silla	4	
		Esta siempre encamado, y rara vez está fuera de la cama	5	
	E) Enfermedad (relación con requerimientos nutricionales)			

10	¿Tiene usted alguna enfermedad actualmente?	Si	1	10a
		No	2	11
		No responde	98	
		No desea responder	99	
10a	*Para el encuestador: ¿Cuál es la demanda metabólica (aumento de los requerimientos calóricos) de esta enfermedad?	No estrés metabólico	1	11
		Bajo estrés metabólico	2	
		Moderado estrés metabólico	3	
		Alto estrés metabólico	4	
	F) EXAMEN FISICO (Inspección)			
11	Pérdida de grasa subcutánea (tríceps, tórax)	Normal	1	12
		Leve	2	
		Moderado	3	
12	Desgaste muscular: (cuádriceps, deltoides, temporal)	Normal	1	13
		Leve	2	
		Moderado	3	
13	Edema en tobillos, sacro, ascitis	Normal	1	14
		Leve	2	
		Moderado	3	
14	Lesiones mucosas, lesiones cutáneas cambios en el cabello	Normal	1	15
		Leve	2	
		Moderado	3	
	G) EVALUACION GLOBAL SUBJETIVA			
15	Persona con adecuado estado nutricional o persona que perdió 5-10% de su peso y tiene leve pérdida de tejido subcutáneo, pero reganó peso o mejoraron síntomas (apetito), con buena capacidad funcional y consumo adecuado de alimentos.	Bien nutrido	1	1
	Si la persona perdió más del 5% de peso en pocas semanas sin estabilización o reganancia, tiene reducción de la ingesta y pérdida moderada del tejido subcutáneo acompañado de déficit funcional moderado.	Moderadamente malnutrido o en riesgo de malnutrición	2	
	Signos evidentes de malnutrición: pérdida de peso > 10%, grave déficit de ingesta, con edema y pérdida severa de tejido subcutáneo, grasa o músculo, déficit funcional severo.	Severamente Desnutrido	3	

Grado de Agotamiento

¿Con que frecuencia en la ultima semana usted sintió lo siguiente?				
1	Sentí que cada cosa que hice fue un esfuerzo	Rara vez o nunca en ese tiempo (< 1 día)	1	2
		Algo o un poco del tiempo (1-2 días)	2	
		Una cantidad moderada del tiempo (3-4 días)	3	
		La mayoría del tiempo (5-7 días)	4	
2	No pude mantenerme en pleno funcionamiento	Rara vez o nunca en ese tiempo (< 1 día)	1	FIN
		Algo o un poco del tiempo (1-2 días)	2	
		Una cantidad moderada del tiempo (3-4 días)	3	
		La mayoría del tiempo (5-7 días)	4	

Preguntas sobre gestación actual:				
#	Pregunta	Opciones	Repuesta	Salto
1	¿Está usted actualmente embarazada?	Si	1	2
		No	2	Examen Físico
		No Sabe	98	
		Se rehúsa a responder	99	
2	¿Cuántas semanas de embarazo tiene? (Fórmula: Se suman la cantidad de días desde la fecha de última regla y se dividen entre 7)	Semanas: _____		Examen Físico

MEDICIONES FÍSICAS

Código del Evaluador: _____

1	Altura (metros) (expresarla con 2 decimales)	_____ , _____m
2	Peso (kg) (expresarlo con 1 decimal)	_____,___kg
3	Circunferencia abdominal (cm) (expresarla con 1 decimal)	Primera medición:_____,____cm Segunda medición:_____,___cm
4	Circunferencia de cadera (cm) (expresarla con 1 decimal)	Primera medición:_____, __cm Segunda Medición: _____, __cm
5	Presión arterial 1ra medición	PAS_____mmHg PAD_____mmHg
6	Presión arterial 2da medición (realizarla al menos 1minuto después de la 1era medición)	PAS_____mmHg PAD_____mmHg
7	Porcentaje de grasa (expresarlo con 1 decimal)	_____,____%
8	Frecuencia cardíaca	1era medición _____ Latidos x min 2da medición _____ Latidos x min
9	Fuerza de aprehensión de la mano (anotar el valor más alto cada brazo)	Izquierda: ____ Kg Derecha: ____ Kg

MEDICIONESBIOQUÍMICAS

Hora de la Cena: _____ pm Horas de Ayuno: _____

¿Ha tenido una cirugía mayor o ha estado enfermo en los últimos 7 días?
Si____ No____

¿Comió o bebió algo que no sea agua en las últimas 8 horas?
Si____ No____

¿Ha consumido alcohol en las últimas 8 horas?
Si____ No____

¿Ha fumado en la última hora?
Si____ No____

¿Tomó esteroides orales (como prednisona) o le inyectaron esteroides en las últimas 2 semanas?
Si____ No____

Criterios de CTG SI_____ No _____

Horario de la extracción	
Primera	_____hrs.__min
Segunda	_____hrs._____min

Resultados de Laboratorio:

Glucemia en ayunas: _____ mg/dl	Glucemia 2 h: _____ mg/dl
Colesterol total: _____ mg/dl	Triglicéridos: _____ mg/dl
HDL colesterol: _____ mg/dl	LDL colesterol: _____ mg/dl
Creatinina: _____ mg/dl	Albumina: _____ mg/dl

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se presenta el consentimiento informado del seguimiento del Estudio Venezolano de Salud Cardiometabolica (EVESCAM):

Se le invita a participar en una investigación denominada "Efecto del Estado Socio-económico en el Riesgo Cardiovascular en Venezuela: Estudio de cohorte EVESCAM" realizado con el aval de la **Sociedad Venezolana de Medicina Interna.** Este documento tiene dos objetivos. En primer lugar, ofrecer información específica sobre el estudio. En segundo lugar, describir qué datos sobre Ud. serán obtenidos cuando sea entrevistado por el equipo de investigación y cómo se utilizará la información obtenida. Por favor, tómese el tiempo que sea necesario para decidir si desea participar en el estudio. Lea este consentimiento con atención y pregunte al entrevistador o a alguien del equipo de estudio, sobre cualquier duda que pueda tener. En caso de que usted decida participar, se le pedirá que firme este formulario en la última página.

1. **¿Por qué se realiza este estudio?** Usted fue uno de los participantes del primer estudio nacional de Venezuela, el EVESCAM. El objetivo de este estudio de seguimiento, es evaluar cómo ha cambiado su riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular entre el período 2015/2017 y 2018/2019. Con los resultados conoceremos en cuantas personas han cambiado diversos factores de riesgo tales como diabetes, prediabetes, hipertensión, obesidad, masa muscular, colesterol, triglicéridos, desnutrición, tabaquismo, ingesta de alcohol, depresión, ansiedad, actividad física y hábitos de alimentación. También se evaluará el acceso a medicamentos, alimentos y las circunstancias que provocan estrés. Los resultados globales del estudio serán publicados.

2. **¿Qué deberá hacer?** Una persona entrenada perteneciente al equipo del estudio (médico o estudiante de medicina) le preguntará en su casa o centro de salud cercano sobre su historia médica, factores de riesgo, hábitos de alimentación, actividad física, estrés psicológico, condiciones de vida, hábito de fumar y antecedentes de enfermedades en sus familiares, acceso a medicamentos, acceso a alimentos y situaciones de estrés. Esta entrevista tardará aproximadamente 30 a 45 minutos. También se tomarán en Ud. medidas corporales como peso, talla, circunferencia de la cintura, presión arterial, fuerza de prensión de la mano y un electrocardiograma. Además, se le tomarán dos muestras de sangre. A su llegada al centro de salud, se le tomará una muestra de 10 cc sangre de la vena del brazo que equivale a la cantidad de líquido que llena una cuchara sopera. Esta sangre se colocará en un tubo y será enviada a un laboratorio para medir los niveles de triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, creatinina, glicemia y hemoglobina glicosilada. Se le solicitará que se tome un vaso con un líquido de sabor dulce (75 gramos de glucosa) en un rango de tiempo de 5 minutos, y 2 horas después se le tomara nuevamente una muestra de sangre. Las muestras de sangre recolectadas se emplearán únicamente para este estudio, para los exámenes de laboratorio mencionados en este protocolo y serán almacenadas para análisis posteriores. No se utilizará este material para otros fines. Finalmente, en este estudio usted no recibirá ningún medicamento ni producto experimental.

3. **¿Cuántas personas participarán en el estudio?** Aproximadamente 2.042 hombres y mujeres mayores de 20 años provenientes de todas las regiones de Venezuela y que participaron en el primer estudio EVESCAM.

4. **¿Qué beneficios puedo esperar por participar en este estudio?** La salud del venezolano puede beneficiarse de las informaciones que se obtendrán. Los resultados permitirán dirigir medidas de intervención y prevención en las poblaciones más afectadas y vulnerables del país diferenciando cuales son los principales problemas de cada región en particular. Aparte de eso, los resultados de los exámenes de laboratorio y de las mediciones físicas realizadas a usted serán de utilidad para que su médico evalúe y controle sus factores de riesgo. **Con los resultados de laboratorio se podrán identificar alteraciones que pueden ser tratadas fácilmente. Por ejemplo, podríamos detectar una cantidad anormal de grasa (colesterol, lípidos) en sangre, lo cual puede solucionarse con un cambio en la dieta y/o administrándole medicamentos para reducir el colesterol a través del médico del centro de salud.** No obtendrá ninguna remuneración por participar en este estudio. Ud. tampoco incurrirá en gastos en relación con el estudio. El equipo de estudio se encargará de la recolección y de los resultados del examen.

5. **¿Qué efectos no deseables (adversos) puedo experimentar por participar en este estudio?** La toma de sangre puede causar cierto malestar. Los posibles efectos indeseables de la extracción de sangre incluyen inflamación de la vena, dolor, hematoma o sangrado en el lugar de la punción de la aguja. Existe también un pequeño riesgo de infección que puede ocurrir a 1 de cada 1000

participantes. Durante la toma de sangre, usted tendrá asistencia garantizada si se produce una reacción adversa. Algunas personas pueden sentir náuseas o cierto malestar en el estómago por la bebida de glucosa (azúcar) proporcionada durante la prueba de tolerancia a la glucosa. Estos síntomas son poco comunes y desaparecen luego de 15 o 30 minutos.

6. **¿La información recolectada es confidencial?** La información recolectada en este estudio es confidencial y usted no será identificado en ninguna etapa de esta investigación. La información recopilada sobre usted durante el estudio de cohorte EVESCAM será enviada al centro coordinador central en la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" en Barquisimeto (Venezuela) para los análisis estadísticos. Ninguna información que lo identifique directamente a usted será incluida entre esos datos. Por información personal nos referimos a información como su nombre, que lo identifica directamente. En cambio, se le asignará un código de estudio único para identificarlo. Sus muestras sanguíneas serán almacenadas y podrán ser utilizadas para futuras investigaciones por los miembros del Grupo del estudio EVESCAM o por terceros investigadores, manteniéndose el respeto de la confidencialidad. Los datos obtenidos también podrán ser usados en el futuro y pueden ser compartidos con investigadores externos para su análisis.

7. **¿La participación en el estudio es voluntaria?** Su participación en el estudio es voluntaria. Si decide participar, la información que suministre debe ser confiable. Puede optar por no participar en el estudio. También puede desistir en cualquier momento de la investigación. En caso de que se sienta incómodo por alguna pregunta, tiene derecho a negarse a responderla. Si resuelve no participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni derecho legal que haya tenido anteriormente en el centro asistencial donde es atendido. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.

Usted recibirá una copia firmada de este formulario de consentimiento. El investigador principal del proyecto es el Dr. Ramfis Nieto. Los co-investigadores son la Dra. María Inés Marulanda, Dr. Juan Pablo González, Dra. Maritza Durán y Dra. Eunice Ugel. En caso de alguna duda, puede comunicarse en horario laborable con la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (Teléfono 0212-2850237) o contactarnos a través de la página web del EVESCAM: http://estudioevescam.info.ve/
Finalmente, hago constar que he leído y entendido este formulario de consentimiento. Todas mis dudas fueron aclaradas y decidí participar en este estudio por mi libre albedrío.

_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del participante	**Firma**	**CI**	**Fecha**
_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del responsable o representante legal	**Firma**	**CI**	**Fecha**
_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del investigador que contacta al participante	**Firma**	**CI**	**Fecha**

Elaborado por comité científico del EVESCAM PI: Ramfis Nieto, Co-PI María Inés Marulanda, Co-PI Juan Co-PI Pablo González. Co-PI Eunice Ugel, Co-PI Maritza Duran

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A continuación, se presenta el consentimiento informado del seguimiento del Estudio Venezolano de Salud Cardiometabolica (EVESCAM):

Se le invita a participar en una investigación denominada "Efecto del Estado Socio-económico en el Riesgo Cardiovascular en Venezuela: Estudio de cohorte EVESCAM" realizado con el aval de la **Sociedad Venezolana de Medicina Interna.** Este documento tiene dos objetivos. En primer lugar, ofrecer información específica sobre el estudio. En segundo lugar, describir qué datos sobre Ud. serán obtenidos cuando sea entrevistado por el equipo de investigación y cómo se utilizará la información obtenida. Por favor, tómese el tiempo que sea necesario para decidir si desea participar en el estudio. Lea este consentimiento con atención y pregunte al entrevistador o a alguien del equipo de estudio, sobre cualquier duda que pueda tener. En caso de que usted decida participar, se le pedirá que firme este formulario en la última página.

1. **¿Por qué se realiza este estudio?** Usted fue uno de los participantes del primer estudio nacional de Venezuela, el EVESCAM. El objetivo de este estudio de seguimiento, es evaluar cómo ha cambiado su riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular entre el período 2015/2017 y 2018/2019. Con los resultados conoceremos en cuantas personas han cambiado diversos factores de riesgo tales como diabetes, prediabetes, hipertensión, obesidad, masa muscular, colesterol, triglicéridos, desnutrición, tabaquismo, ingesta de alcohol, depresión, ansiedad, actividad física y hábitos de alimentación. También se evaluará el acceso a medicamentos, alimentos y las circunstancias que provocan estrés. Los resultados globales del estudio serán publicados.

2. **¿Qué deberá hacer?** Una persona entrenada perteneciente al equipo del estudio (médico o estudiante de medicina) le preguntará en su casa o centro de salud cercano sobre su historia médica, factores de riesgo, hábitos de alimentación, actividad física, estrés psicológico, condiciones de vida, hábito de fumar y antecedentes de enfermedades en sus familiares, acceso a medicamentos, acceso a alimentos y situaciones de estrés. Esta entrevista tardará aproximadamente 25 a 30 minutos. También se tomarán en Ud. medidas corporales como peso, talla, circunferencia de la cintura, presión arterial, fuerza de prensión de la mano y un electrocardiograma. Además, se le tomarán dos muestras de sangre. A su llegada al centro de salud, se le tomará una muestra de 10 cc sangre de la vena del brazo que equivale a la cantidad de líquido que llena una cuchara sopera. Esta sangre se colocará en un tubo y será enviada a un laboratorio para medir los niveles de triglicéridos, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, creatinina, glicemia y hemoglobina glicosilada. Se le solicitará que se tome un vaso con un líquido de sabor dulce (75 gramos de glucosa) en un rango de tiempo de 5 minutos, y 2 horas después se le tomara nuevamente una muestra de sangre. Las muestras de sangre recolectadas se emplearán únicamente para este estudio, para los exámenes de laboratorio mencionados en este protocolo y serán almacenadas para análisis posteriores. No se utilizará este material para otros fines. Finalmente, en este estudio usted no recibirá ningún medicamento ni producto experimental.

3. **¿Cuántas personas participarán en el estudio?** Aproximadamente 2.042 hombres y mujeres mayores de 20 años provenientes de todas las regiones de Venezuela y que participaron en el primer estudio EVESCAM.

4. **¿Qué beneficios puedo esperar por participar en este estudio?** La salud del venezolano puede beneficiarse de las informaciones que se obtendrán. Los resultados permitirán dirigir medidas de intervención y prevención en las poblaciones más afectadas y vulnerables del país diferenciando cuales son los principales problemas de cada región en particular. Aparte de eso, los resultados de los exámenes de laboratorio y de las mediciones físicas realizadas a usted serán de utilidad para que su médico evalúe y controle sus factores de riesgo. **Con los resultados de laboratorio se podrán identificar alteraciones que pueden ser tratadas fácilmente. Por ejemplo, podríamos detectar una cantidad anormal de grasa (colesterol, lípidos) en sangre, lo cual puede solucionarse con un cambio en la dieta y/o administrándole medicamentos para reducir el colesterol a través del médico del centro de salud.** No obtendrá ninguna remuneración por participar en este estudio. Ud. tampoco incurrirá en gastos en relación con el estudio. El equipo de estudio se encargará de la recolección y de los resultados del examen.

5. **¿Qué efectos no deseables (adversos) puedo experimentar por participar en este estudio?** La toma de sangre puede causar cierto malestar. Los posibles efectos indeseables de la extracción de sangre incluyen inflamación de la vena, dolor, hematoma o sangrado en el lugar de la punción de la aguja. Existe también un pequeño riesgo de infección que puede ocurrir a 1 de cada 1000

participantes. Durante la toma de sangre, usted tendrá asistencia garantizada si se produce una reacción adversa. Algunas personas pueden sentir náuseas o cierto malestar en el estómago por la bebida de glucosa (azúcar) proporcionada durante la prueba de tolerancia a la glucosa. Estos síntomas son poco comunes y desaparecen luego de 15 o 30 minutos.

6. **¿La información recolectada es confidencial?** La información recolectada en este estudio es confidencial y usted no será identificado en ninguna etapa de esta investigación. La información recopilada sobre usted durante el estudio de cohorte EVESCAM será enviada al centro coordinador central en la Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" en Barquisimeto (Venezuela) para los análisis estadísticos. Ninguna información que lo identifique directamente a usted será incluida entre esos datos. Por información personal nos referimos a información como su nombre, que lo identifica directamente. En cambio, se le asignará un código de estudio único para identificarlo. Sus muestras sanguíneas serán almacenadas y podrán ser utilizadas para futuras investigaciones por los miembros del Grupo del estudio EVESCAM o por terceros investigadores, manteniéndose el respeto de la confidencialidad. Los datos obtenidos también podrán ser usados en el futuro y pueden ser compartidos con investigadores externos para su análisis.

7. **¿La participación en el estudio es voluntaria?** Su participación en el estudio es voluntaria. Si decide participar, la información que suministre debe ser confiable. Puede optar por no participar en el estudio. También puede desistir en cualquier momento de la investigación. En caso de que se sienta incómodo por alguna pregunta, tiene derecho a negarse a responderla. Si resuelve no participar en este estudio, no perderá ningún beneficio ni derecho legal que haya tenido anteriormente en el centro asistencial donde es atendido. Este estudio cuenta con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado (UCLA), Barquisimeto, Venezuela.

Usted recibirá una copia firmada de este formulario de consentimiento. El investigador principal del proyecto es el Dr. Ramfis Nieto. Los co-investigadores son la Dra. María Inés Marulanda, Dr. Juan Pablo González, Dra. Maritza Durán y Dra. Eunice Ugel. En caso de alguna duda, puede comunicarse en horario laborable con la Sociedad Venezolana de Medicina Interna (Teléfono 0212-2850237) o contactarnos a través de la página web del EVESCAM: http://estudioevescam.info.ve/
Finalmente, hago constar que he leído y entendido este formulario de consentimiento. Todas mis dudas fueron aclaradas y decidí participar en este estudio por mi libre albedrío.

_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del participante	**Firma**	**CI**	**Fecha**
_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del responsable o representante legal	**Firma**	**CI**	**Fecha**
_____	_____	_____	_____
Nombre y apellido del investigador que contacta al participante	**Firma**	**CI**	**Fecha**

Elaborado por comité científico del EVESCAM PI: Ramfis Nieto, Co-PI María Inés Marulanda, Co-PI Juan Co-PI Pablo González. Co-PI Eunice Ugel, Co-PI Maritza Duran