

**MATERIAL SUPLEMENTARIO**

**ANEXO I**

\* LISTA COMPLETA DE PARTICIPANTES SONQO CALCHAQUÍ 2018:

Dr. Majul Claudio; Dr. Quintana Luis Eduardo, Dr. Alderete Juan Rodrigo, Dr. Martinenghi Mario O.; Dr. Álvarez Carlos Eduardo; Dr. Abdo Leonardo Esteban; Dr. Neme Scheij Alfredo; Dr. Burgos Mario; Dr. Estofán Mariano; Dr. Soria Titto Fernando; Dr. Montoya Pablo Alberto Daniel; Dr. Zuviria Facundo; Dra. Ahualli Ciselle; Enf. Balderrama Mirta del Valle; Enf. Balderrama Ramón Oscar; Enf. Cata Fernanda Gabriela; Enf. Cecilio Romina Máxima; Enf. Condori Marina Alejandra; Enf. Corregidor Axel Nahir; Enf. Cruz Matías Jesús; Enf. Díaz Julissa Malena; Enf. Fernández Natalia Daniela; Enf. Flores Graciela del Valle; Enf. Fregenal Sabrina; Enf. González Marcela Elizabeth; Enf. González Verónica Jorgelina; Enf. Guerra María del Lujan; Enf. Gutiérrez Sixta Celestina; Enf. Lentini Leandro Gabriel; Enf. Lera Emilio Santos Ángel; Enf. López Ángela Irina; Enf. Mamani Daiana Judith; Enf. Mamani; Maximiliano; Enf. Mamani Natalia Beatriz del Valle; Enf. Moya Fátima Elizabeth; Enf. Nieva Gisell Georgina; Enf. Ocampo Rosa Soledad; Enf. Pérez Carolina Juana; Enf. Quipildor Débora Macarena; Enf. Rios Jonathan Gabriel; Enf. Yapura Aylen Aneli; Enf. Iglesias Norma Beatriz; Enf. Tejerina Víctor Osvaldo.

**ANEXO II**

**ENCUESTA CARDIOVASCULAR DIRIGIDA**

**PACIENTE N°**

CONSULTORIO: FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PROGRAMA "Songo CALCHAQUÍ"



**Nombre y Apellido:**..... **Fecha:**..... **Fecha de Nacimiento:**..... **Sexo:**.....

**Edad** ..... **Contacto** Tel F/cel..... **Dirección**.....

**Nivel de Estudios:** Analfabeto..... Primario .....Secundario .....Terciario..... Universitario.....

**Ocupación:** Activo.....Jubilado .....Desocupado ..... Ama de casa.....

**Cobertura Médica:** Obra Social ..... Prepago ..... PAMI ..... Sin Cobertura.....

Tel. celular	HTA	Tabaco	Diabetes	Lípidos	Consumo alcohol	Anteced Familiares	Consumo alimentos	Daño órgano blanco	Embarazo y perinatal	Medicación
Tiene celular? Sí / No / No sabe (NS)	Es HTA Sí / No / NS	Fuma Sí / No / Ex TBQ	Es diabético Sí / No / Prediabético/ NS	Tiene colesterol elevado: Sí / No / NS	Sí / No / NS	Padre: está vivo? Sí / No / NS	Cantidad de harinas / día.....	Tuvo IAM? Sí / No / NS	Cuánto pesaba Ud al nacer?..... / NS	Pastillas que toma / día.....
Uso para llamadas / mensajes / WhatsApp	Se tomó PA estos 12 meses? Sí ( No / NS	Cuántos cigarrillos x día: .....	Control azúcar estos 12 meses? Sí/ No / NS	Control colesterol estos 12 meses? Sí / No / NS	Cuánto toma por día.....	A que edad murió?.....	Cantidad de carnes / día.....	Tuvo ACV? Sí / No / NS	A las cuantas semanas nació? ..... / NS	Cuales son? .....
Hs al día <1 1-3 h 3-6 h >6 h	Está tratado Sí / No / NS	Desde qué edad?.....	Está tratado Sí / No / NS	Está tratado Sí / No / NS	<b>Actividad física</b> Hace 30 min/día Sí / No / NS	Madre esta viva? Sí / No / NS	Cantidad de frutas / día .....	Estuvo en diálisis? /Sí / No / NS	Tuvo HTA en embarazo? Sí / No / NS	.....
	Agrega sal a las comidas Sí / No / NS	Otro tipo cigarros? .....	Agrega azúcar Sí / No Ctas cucharadas .....		Cuántas veces por semana? 0 1 2 3 4 5 o más	A qué edad murió?			Observaciones.....	.....