



Pontificia Universidad Católica de Chile  
Departamento de Salud Pública

**ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2003**  
**Segunda Visita al Hogar**

**F - 2**

Folio: 

—
---

**Identificación del Entrevistado**

Nombre		RUT			
Dirección: Calle		N °		Dp.	
Villa o población		Comuna			
Teléfonos		Región			
	<b>Criterios de exclusión</b> 1. Embarazada 2. Paciente siquiátrico violento	<input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento		

	Fecha	Hora de inicio	Hora de termino	Resultado de la entrevista (*)	Enfermera	N° de Equipo →
1ª Visita	/ / 2003	:	:			
2ª Visita	/ / 2003	:	:			
3ª Visita	/ / 2003	:	:			

(\*) Código: 1 = Entrevistado(a) 2 = Rechazó visita 3 = Persona ausente 4 = Excluido 5 = Hospitalizado 6 = Fallecido 7 = Otra razón. Especifique

## I. EXAMEN DE ORINA

	Ph	5	6	7	8	9
<b>Conducta inmediata:</b>						
Si Glucosuria 50 ó más: → Indicar a paciente que consulte con su médico	Glucosa	normal	50	100	300	1000
Si Glucosuria y C. Cetónicos ++ o +++: → Ir a Protocolo de Situaciones de Emergencia (ver Manual de Terreno)	C. Cetónicos	Neg.	+	++	+++	
Si Leucocitos 75 ó 500 y Nitritos Positivos: → Indicar a paciente que consulte con su médico	Leucocitos	Neg.	10-25	75	500	
	Nitritos	Neg.	Pos.			
	Proteínas	Neg.	30	100	500	
<b>Conducta inmediata:</b>	Sangre	Neg.	5-10	25	50	250
Si Sangre o Hemoglobina 25 ó más: → Indicar a paciente que consulte con su médico	Hemoglobina	Neg.	10	25	50	250

## II. PRESION ARTERIAL

<b>Conducta inmediata</b> <i>(Recuerde 5 minutos de reposo sentado antes de hacer la primera toma)</i>	Hem-713C	1ª Toma		2ª Toma	
		Sistólica	Diastólica	Sistólica	Diastólica
Si 2ª Toma mayor o igual a 180/110: → Ir a Protocolo de Situaciones de Emergencia (Manual de Terreno)	Control de Calidad <i>(Uso exclusivo Enfermera supervisora)</i>	Hem-713C		Mercurio	
		Sistólica	Diastólica	Sistólica	Diastólica

## III. AUTOTOMA DE MUESTRA VAGINAL

¿Acepta realizarse la autotoma? 1. Sí 2. No	¿Tuvo relaciones sexuales en las últimas 24 horas? 1. Sí 2. No	Razón de no toma: 1. Regla 2. No corresponde realizar 3. Rechazo. Especifique: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV. EXAMEN DE SANGRE

1. ¿Me podría decir si Ud. está tomando algún anticoagulante o le ha diagnosticado un médico alguna enfermedad de la coagulación (hemofilia u otra)?

1. Toma anticoagulante
2. Padece de hemofilia u otra enfermedad grave de la coagulación
3. No tiene impedimento

Ayuno	¿Hace cuántas horas comió por última vez? →						:	Hrs.
¿Se tomó la muestra? 1. Sí 2. No, rechazó la punción 3. No, problema técnico	Tapa roja			Tapa lila			Tapa gris	
	6 ml		6 ml		4 ml		3 ml	
	Hora toma de sangre						:	Hrs.

#### V. MEDIDAS CORPORALES

Peso (Kilos)	Talla (Centímetros)	Circunferencia de cintura (Centímetros)
,	,	,

#### VI. EXAMEN DE AUDICIÓN

Nivel de ruido ambiente: 1. Bajo 2. Mediano 3. Alto	Susurro: 1. Escucha bien 2. Distorsionado 3. No escucha	Distancia	Oído izquierdo			Oído derecho		
		1 metro	Reino	Puerta	Fuerte	Piedra	Globo	Taxi
			2 metros	Cable	Puesto	Rifa	Grano	Fecha
	Tic-Tac:	Distancia			Cm.			Cm.

## VII. ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

<p>2. ¿Se ha hecho un Papanicolau alguna vez?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pase a P.6</p>					
<p>3. Fecha último PAP</p>		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1117 323 1284 386" style="text-align: center;">Mes</td> <td data-bbox="1284 323 1430 386" style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1117 386 1284 453"></td> <td data-bbox="1284 386 1430 453"></td> </tr> </table>	Mes	Año	
Mes	Año				
<p>4. ¿Ha tenido algún PAP malo o alterado?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>					
<p>5. ¿Ha recibido algún tratamiento para una lesión del útero?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p>					
<p>6. Con respecto a la autotoma de Papanicolau, ¿cuán molesto le pareció el examen?</p> <p><i>(Mostrar Tarjeta 6)</i></p> <p>1. Muy molesto</p> <p>2. Molesto</p> <p>3. Indiferente</p> <p>4. Poco molesto</p> <p>5. Nada de molesto</p> <p>6. No se realizó el examen → Pase a P.9</p>					
<p>7. En comparación con ir al consultorio o ginecólogo particular a tomarse un PAP, el tomarse Ud. misma el examen le parece:</p> <p>1. Igual de molesto</p> <p>2. Más molesto</p> <p>3. Menos molesto</p> <p>4. Nunca antes se lo había realizado → Pase a P.9</p>					
<p>8. Si tuviera que repetirse el examen en 3 años preferiría:</p> <p>1. Tomárselo Ud. misma</p> <p>2. Que se lo tomen en el policlínico</p> <p>3. Le da lo mismo</p>					

### VIII. INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

**Lea** → Ahora me gustaría tomar nota de los medicamentos, remedios y otras cosas que usted está actualmente tomando o usando.

9. ¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando?

1. Sí
2. No puede mostrarlos y no recuerda ninguna
3. No puede mostrarlos, pero los entregará verbalmente.
4. No toma medicamentos → Pase a Módulo IX

10.a Medicamentos que toma actualmente  <i>Anote el nombre de los medicamentos con letra tipo imprenta</i>	10.b ¿Por cuánto tiempo lo ha estado usted usando de manera continua?	
	Años	Meses
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10. Otro que no recuerda		

11. ¿Actualmente toma usted **otros remedios naturales** como hierbas o productos homeopáticos para el cuidado de su salud?

1. Sí → ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_
2. No
3. No sabe, no responde

12. ¿Ud. toma o usa algún otro medicamento, como por ejemplo, aspirina u otro medicamento para el dolor, laxantes, medicamentos para la gripe, medicamentos para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, pastillas anticonceptivas, ungüentos o complementos alimenticios?

1. Sí → ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_
2. No
3. No sabe, no responde

**IX. EXAMEN DE VISION** (Aplicar con abundante luz natural en exterior de la casa)

			Sin lentes	Con lentes
13. ¿Usa lentes? 1. Sí, para ver de lejos 2. Sí para ver de cerca 3. Sí, para ambos casos 4. Sí, de contacto 5. No	Lejos: Cartilla Snellen	Ojo izquierdo	,	,
		Ojo derecho	,	,
14. ¿Sabe leer? 1. Sí 2. No	Cerca: Cartilla Jaeger (Sólo a personas que <b>saben leer</b> )	Con ambos ojos	,	,
	Cerca: Rosenbaum (Sólo a personas que <b>no saben leer</b> )	Con ambos ojos	,	,

**X. EXAMEN DE SALUD BUCAL**

15. ¿Usa prótesis dental?

1. Sí, prótesis superior  
 2. Sí, prótesis inferior  
 3. Sí, ambas  
 4. No, ninguna

	Maxilar Superior	Maxilar Inferior
a. N° total de <b>dientes remanentes</b> (Dientes definitivos presente en la boca)		
b. N° total de <b>dientes cariados</b> (Dientes remanentes con caries o con restauraciones con nuevas caries o también con obturación temporal (provisoria))		

**Cierre de la Entrevista**

- Si es el caso, reforzar indicaciones para situaciones de emergencia (ver anexo Protocolo de Situaciones de Emergencias) y entregar hoja de interconsulta si corresponde.
- Sus resultados le serán entregados próximamente” (plazo máximo: 3 meses). Confirme la forma en que desea recibir los resultados de estos procedimientos (en ficha de Consentimiento Informado) y entregue comprobante de atención con instrucciones para retiro o reclamo de ellos.
- Es posible que sea visitado(a) por un supervisor que verifique los datos recogidos.
- Es posible que sea visitado por la misma u otra enfermera para realizar algún examen adicional si es necesario.
- AGRADECER cordialmente la colaboración.

Se entregó interconsulta

Se entregó comprobante de examen