

ANEXO 9
CUESTIONARIO DE MORBILIDAD F2

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (ENS 2009) F-2

IDENTIFICACIÓN DE LA ENCUESTA	Folio	Orden
IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO		
Nombre del entrevistado		Apellido Paterno
Apellido Materno		RUT
Fecha de nacimiento (Si no sabe vea CI, si no tiene anote 30/06/del año adecuado para su edad)		Edad (Calcúlela según fecha de nacimiento)
Día	Mes	Año
Teléfono casa sin código de área (No sabe o no tiene 999999)		Teléfono celular (No sabe o no tiene 999999)
		e-mail (Si no tiene, anote 0)
IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA		
Calle (Si no tiene, anote una referencia)		N° (Si no tiene, anote 0)
Block (Si no tiene, anote 0)		Departamento (Si no tiene, anote 0)



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CHILE**
FACULTAD DE MEDICINA

ENFERMERA:

RECUERDE QUE SEGÚN EL RESULTADO DEL TEST COGNITIVO EN F1, HAY ENTREVISTADOS QUE DEBEN HACER LA ENCUESTA CON UN ACOMPAÑANTE.

Nota: esta versión diagramada del cuestionario administrado en la ENS2009 es de uso excepcional, sólo debe ser llenada en caso de no ser posible su aplicación en versión PDA.

MÓDULO I: ORINA (A todos los entrevistados)		
Tomar muestra en frasco tapa roja	1. ¿Se tomó frasco de orina? 1. Sí 2. No, rechazó 3. No, no pudo orinar → Repetir pregunta al final de la Encuesta	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
MÓDULO II: PRESIÓN ARTERIAL (A todos los entrevistados)		
Enfermera → RECUERDE esperar 5 minutos por reloj exactos		
1. ¿Toma medicamentos para bajar la presión arterial? 1. Sí → Marcar X en Microalbuminuria en F4 2. No → Pasar a Pregunta 3 3. No sabe → Pasar a Pregunta 3	4. ¿Me podría decir si Ud. está tomando algún anticoagulante o le ha diagnosticado un médico alguna enfermedad grave de la coagulación (hemofilia u otra)? 1. Toma anticoagulante (verificar consentimiento, recuerde que puede quedar un hematoma mayor de lo habitual y que debe comprimir 10 minutos por reloj) 2. Tiene hemofilia u otra enfermedad grave de la coagulación → No puncionar , pasar a p6, completar el módulo II y luego saltar al módulo V 3. No tiene impedimento	<input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/>
2. ¿Los tomó hoy? 1. Sí 2. No, me toca en otro horario 3. No, no los tomé	5. ¿A qué hora comió por última vez? (Ayuno) <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> Hrs. <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> Min. (desde 00:00 a 23:59) Códigos: No recuerda 99:99	7. Medición de perímetro de brazo <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> cm Si es menor o igual que 31 cm → Pasar a p8.A
3. ¿A qué hora se fumó el último cigarrillo hoy? <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> Hrs. <input style="width: 40px; height: 30px;" type="text"/> Min. Códigos: No Fuma: 99:99 Fumó hoy pero no recuerda a que hora: 88:88	6. ¿Alguna vez un médico o doctor le ha dicho que tiene o que padece de diabetes (azúcar alta en la sangre)? 1. Sí → Marcar X en Microalbuminuria en F4 2. No 3. No sabe	7a. ¿Cambió el brazalete? 1. Sí 2. No

MÓDULO II: PRESIÓN ARTERIAL

Enfermera → Compruebe que hayan pasado los 5 minutos. **RECUERDE** esperar 2 minutos por reloj entre CADA medición.

(A todos los entrevistados)

Conducta inmediata: Si 3ª Toma mayor o igual a 180/110: → Ir a Protocolo de Situaciones de Emergencia (**ver Manual de Terreno**)

Códigos: Si marca error o no se puede realizar la medición anote 999.

1era Toma	8.A Sistólica	8.B Diastólica	8.C Pulso	Uso exclusivo Enfermera supervisora		
				Control de Calidad 11. ¿Hubo supervisión del Aparato de Presión? <input type="checkbox"/> 1. Sí (completar la tabla a continuación) 2. No → Pasar a p13a (Saltar tabla)		
2da Toma	9.A Sistólica	9.B Diastólica	9.C Pulso	Hem-742	11.A Sistólica	11.B Diastólica
3era Toma	10.A Sistólica	10.B Diastólica	10.C Pulso	Mercurio	12.A Sistólica	12.B Diastólica
13a. Promedio de PAS: ≥ 140 ó promedio PAD: ≥ 90 mmhg				<input type="checkbox"/>		
→ Marcar X en Microalbuminuria en F4						
13b. Si cualquier medición de Presión Arterial es 999				<input type="checkbox"/>		
→ Marcar X en Microalbuminuria en F4						
MÓDULO III: VIH (A los entrevistados de 18 a 64 años. No realizar a las personas que tiene Hemofilia u otra enfermedad grave de la coagulación)						
1. ¿Se realizó consejería Pre-test?			2. ¿Firmó el Consentimiento Informado?			
1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>			1. Sí → Marcar X en VIH en F4 <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>			

MÓDULO IV: EXAMEN DE SANGRE (A todos los entrevistados)

<p>1. Resultado Hemoglucoest:</p> <p><input type="text"/> mg/dl (Min 10 – Max 600)</p> <p>No se hizo o rechazó = 999 Error = 888 Hi: 600, Low: 10</p>	<p>5. Número de tubos primarios de sangre tomados: ENFERMERA: RECUERDE que el orden de los tubos no se puede alterar ROJO-LILA-GRIS</p>			
<p>2. ¿HGT >= 100 o es diabético (p6 módulo II =1)?</p> <p>1. Sí → Marcar X en Microalbuminuria y en HbA1C formulario F4 2. No 3. No se hizo el HGT <input type="text"/></p> <p>Si es mayor o igual a 400 → dar interconsulta de urgencia Si es menor de 70 → ver síntomas según protocolo de urgencia.</p>	<p>1.Rojo (1) de 6 ml Proteger de la luz</p>			<p>¿Cuál?</p>
<p>3. ¿Se tomó la muestra de sangre? <input type="text"/></p> <p>1. Sí → pase a p.4 2. No, rechazó la punción → Pasar al siguiente Módulo 3. No, problema técnico</p>	<p>2.Rojos (3) de 6 ml</p>			
<p>3e. ¿Cuál? <input type="text"/></p> <p>Pasar al siguiente módulo</p>	<p>3.Lila (1) de 4ml HbA1C Condición p 2 = 1</p>			
<p>4.Hora de toma de sangre</p> <p><input type="text"/> Hrs. <input type="text"/> Min.</p>	<p>4.Lila (2) de 4ml</p> <p>5.Gris (1) 4ml</p>			
	<p>(Cód) =Codificación de Comentarios: NO = No corresponde hacer; X = No se obtuvo tubo; I = Tubo llenado insuficientemente C = Muestra coagulada. Otra ¿Cuál?</p>			
	<p>6. Es Menor de 18 años <input type="text"/></p> <p>→ Ingresar Talla en F3 en cms <input type="text"/></p>			
	<p>7. Es mayor o igual a 65 años <input type="text"/></p> <p>→ Marcar X Folato y B12 en F4 <input type="text"/></p>			

MÓDULO V: MEDIDAS CORPORALES

<p>Rechazó Medición: 999 Fuera de rango: 888 Error: 777 Escribir decimales separados por una coma.</p>	<p>1. Peso (Kg)</p>	<p>2. Talla (cms)</p>	<p>3.Circunferencia de Cintura (cms)</p>	<p>4. Circunferencia de Cuello (cms)</p>
	<p>min 30- max 150</p>	<p>min 80 - max 210</p>	<p>min 30 - max 200</p>	<p>min 20 - max 100</p>

MÓDULO VI: ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS (sólo para mujeres)

<p>1. ¿A qué edad tuvo su primera regla o menstruación?</p> <p><input type="text"/> Años (8-50) Códigos: No recuerda 99 Nunca ha tenido 0</p>	<p>7.B Número de hijos nacidos vivos</p> <p><input type="text"/></p>
<p>2. Fecha de su última regla o menstruación</p> <p><input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p> <p>Códigos: No recuerda 99 Nunca ha tenido 0</p>	<p>8. ¿Tuvo algún hijo que (Respuesta múltiple)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Pesara menos de 3 kilos?</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Pesara 4 o más kilos?</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Fue prematuro, nació antes de tiempo? (< 38 semanas)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Ninguna de las anteriores</p>
<p>3. ¿Se ha hecho un Papanicolau o PAP alguna vez?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pasar p7.A</p> <p><input type="text"/></p>	<p>9. Fecha de último parto (<i>incluir embarazos que terminaron en parto normal, parto prematuro, aborto, muerte fetal u otro problema</i>)</p> <p><input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p>
<p>4. ¿Cuándo fue el último Papanicolau o PAP que se hizo?</p> <p>Códigos: No recuerda 99: 9999</p> <p><input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p>	<p>10. ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía?</p> <p>1. Sí, una vez</p> <p>2. Sí, dos o más veces</p> <p>3. No, nunca → Pasar a p14</p> <p><input type="text"/></p>
<p>5. ¿Ha tenido algún Papanicolau o PAP malo o alterado?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pasar a p7.A</p> <p><input type="text"/></p>	<p>11. ¿Cuándo fue la última mamografía?</p> <p>Códigos: No recuerda 99: 9999</p> <p><input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año</p>
<p>6. ¿Ha recibido algún tratamiento por ese PAP alterado?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No</p> <p><input type="text"/></p>	<p>12. En los últimos 5 años, ¿ha tenido alguna mamografía mala o alterada?</p> <p>1. Sí</p> <p>2. No → Pasar a p14</p> <p>3. No sabe → Pasar a p14</p> <p><input type="text"/></p>
<p>7.A Número de embarazos: (<i>incluir embarazos que terminaron en parto normal, parto prematuro, aborto, muerte fetal u otro problema</i>)</p> <p><input type="text"/></p> <p>→ Si es 0 pasar a p10. Si no recuerda 99</p>	

MÓDULO VI: ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

13. ¿Qué le hicieron después de esa mamografía mala o alterada?

Respuesta múltiple

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Me la repitieron |
| <input type="checkbox"/> | 2. Me hicieron una ecografía |
| <input type="checkbox"/> | 3. Me puncionaron |
| <input type="checkbox"/> | 4. Me operaron |
| <input type="checkbox"/> | 5. Me vio otro médico en el hospital |
| <input type="checkbox"/> | 6. Quimio o radioterapia |
| <input type="checkbox"/> | 7. No sabe No recuerda |
| <input type="checkbox"/> | 8. No me han hecho nada más |

15. ¿A qué edad se lo diagnosticaron?

Años

No sabe 999

14. ¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o que padece de Cáncer de mama?

- Sí
- No → Pasar al siguiente módulo
- No sabe → Pasar al siguiente módulo

16. ¿Alguna vez ha sido tratado por esto?

- Sí
- No
- No sabe

MÓDULO VII: CONSUMO DE ALCOHOL

Leer → Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de alcohol o bebidas con alcohol. No se extrañe si algunas preguntas se repiten o se parecen entre sí, (estas apuntan a obtener distinta información). Estas preguntas son importantes para saber qué tipos de tragos toman los chilenos y en qué medida esto puede afectar la salud o interferir con algunos medicamentos. Trate de ser muy sincero y detallado en sus respuestas, puede estar seguro de que esta información no será entregada a otras personas.

Por bebidas alcohólicas nos referimos al consumo de vino, chicha, pipeño, cerveza, pilsener, pisco, ron, vodka, tequila, gin, whisky, jerez, o cualquier combinación de éstas con bebidas (coca cola, fanta, tónica, etc.) o jugos.

Le llamaremos "vaso" o "trago" a las medidas típicas usadas en Chile como: (Mostrar Tarjeta 1)

1. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 12 meses? Mostrar ejemplos Tarjeta 1.

- Sí
- No → Pasar a p7.B y luego p9.

3. Cuando bebe alcohol ¿Cuántos vasos (tragos) suele tomar en promedio al día?

N° de vasos (tragos)

Código: No sabe 999

2. En los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?

- A diario
- 5-6 días a la semana
- 1-4 días a la semana
- 1-3 días al mes
- Menos de una vez al mes

4. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 30 días? Mostrar ejemplos Tarjeta 1

- Sí
- No → Pasar a p7.A

5. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, en los últimos 7 días?

- Sí
- No → Pasar a p7.A


MÓDULO VII: CONSUMO DE ALCOHOL														
6. Recuerde lo que bebió durante los últimos 7 días (última semana), ¿qué días bebió, qué tipo de bebidas alcohólicas tomó y qué cantidad cada día? Mostrar tarjeta de ejemplos. Enfermera codificar las medidas según tarjeta 3a, 3b, 3c. 3d que se muestran al entrevistado.														
Día	Tipo de bebida alcohólica	Código de la medida (respuesta múltiple)						Nº medidas (para cada código)						
Lunes	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.A En los últimos 12 meses, ¿cuál ha sido la mayor cantidad de vasos (tragos) que se ha tomado (en una misma ocasión teniendo en cuenta diferentes tipos de bebidas alcohólicas)? Nº de vasos (máximo): <input type="text"/>
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Martes	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7.B ¿Cuántos vasos o tragos cree Ud. que se habrá tomado una persona chilena de su edad y sexo en la última fiesta o reunión social? <input type="text"/> Códigos p7.A y p7.B: No sabe 99
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Miércoles	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.A En los últimos 30 días, ¿cuántas veces se ha tomado 4 o más vasos (tragos) en una sola ocasión? (Sólo a hombres) <input type="text"/> Nº de veces
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jueves	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8.B En los últimos 30 días, ¿cuántas veces se ha tomado 3 o más vasos (tragos) en una sola ocasión? (Sólo a mujeres) <input type="text"/> Nº de veces
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Viernes	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÓDULO VII: CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT) LEER: Ahora nos referiremos al último año 9. ¿Qué tan seguido toma usted alguna bebida alcohólica? 1. Nunca → Pasar a p17 2. Una o menos veces al mes 3. de 2 a 4 veces al mes 4. 2 a 3 veces por semana 5. 4 ó más veces por semana <input type="text"/>
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sábado	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10.A ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol? 1. 1 ó 2 2. 3 ó 4 3. 5 ó 6 4. 7 a 9 5. 10 ó más <input type="text"/>
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Domingo	Cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Vino, chicha pipeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Pisco, Ron, Whisky, Tequila, Vodka, Gin u otro trago fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MÓDULO VII: CONSUMO DE ALCOHOL

<p>10.B ¿Cuántos tragos suele tomar usted en un día típico de consumo de alcohol?</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p> <p>Enfermera → No lea esta pregunta al entrevistado, anote el número exacto que corresponde a la p10.A</p>	<p>13. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, su consumo de alcohol alteró el desempeño de sus actividades normales?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>11.A ¿Qué tan seguido toma usted 3 o más tragos en una sola ocasión?</p> <p>1. Nunca → Pase a P 12</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>14. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted necesitó beber en la mañana para recuperarse de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>11.B ¿Qué tan seguido toma usted 4 o más tragos en una sola ocasión?</p> <p>1. Nunca → Pase a P 12</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>15. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted tuvo remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>11.C ¿Qué tan seguido toma usted 5 o más tragos en una sola ocasión?</p> <p>1. Nunca → Pase a P 12</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>16. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no fue capaz de recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>11.D ¿Qué tan seguido toma usted 6 o más tragos en una sola ocasión?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>17. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado físicamente herida debido a que usted había bebido alcohol?</p> <p>1. No</p> <p>2. Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>3. Sí en el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>
<p>12. ¿Qué tan seguido, en el curso de los últimos 12 meses, usted no pudo parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>1. Nunca</p> <p>2. Menos de una vez al mes</p> <p>3. Mensualmente</p> <p>4. Semanalmente</p> <p>5. Todos los días o casi todos los días</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>	<p>18. ¿Algún familiar, amigo, médico u otro profesional de la salud ha mostrado preocupación por la forma en que usted consume bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?</p> <p>1. No</p> <p>2. Sí, pero no en el curso del último año</p> <p>3. Sí, en el último año</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/></p>

MÓDULO VII: CONSUMO DE ALCOHOL (EBBA) Enfermera: Realice una pausa e indique que iniciará una nueva sección	
19. ¿Ha tenido problemas entre usted y su pareja o familiares a causa del trago? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha perdido amigos(as) por el trago? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha tenido ganas de disminuir lo que toma? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
22. ¿Le ocurre en ocasiones que, sin darse cuenta, termina tomando más de lo que piensa? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ha tenido que tomar alcohol en las mañanas? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
24. ¿Le ha ocurrido que al despertar, después de haber bebido la noche anterior, no recuerda parte de lo que pasó? 1. Sí 2. No	<input type="checkbox"/>
25. ¿Le molesta que lo critiquen por la forma en que toma? 1. Sí 2. No	
<input type="checkbox"/>	
MÓDULO VIII: SEXUALIDAD (PARA TODOS) Leer: A continuación, hay una serie de preguntas que hacen referencia a distintos aspectos relacionados con su sexualidad.	
1. ¿Alguna vez en la vida, ha tenido relaciones sexuales? 1. Sí 2. No → Pasar a p9 3. No sabe → Pasar a p9 4. No responde → Pasar a p9	<input type="checkbox"/>
2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Códigos: No recuerda 888, No responde 999	<input type="checkbox"/> Años
3. ¿Alguna vez ha usado preservativo o condón? 1. Sí 2. No → Pasar a p6 3. No responde → Pasar a p6	<input type="checkbox"/>
4. ¿Usó preservativo o condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? 1. Si 2. No 3. No Recuerda 4. No responde	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha usado preservativo o condón en los últimos 12 meses?: 1. Sí 2. No 3. No Recuerda 4. No responde	<input type="checkbox"/>
6. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en el transcurso de su vida? Código: No sabe 8888 No responde 9999	<input type="checkbox"/> Número
7. ¿Ha tenido relaciones sexuales durante los últimos 12 meses? 1. Sí 2. No → Pasar a p 9 3. No Recuerda → Pasar a p 9 4. No responde → Pasar a p 9	<input type="checkbox"/>
8. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?: Código: No sabe, no responde 999	<input type="checkbox"/> Número

<p>9. ¿Se ha hecho alguna vez el examen del SIDA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No → Pasar al siguiente Módulo 3. No sabe → Pasar al siguiente Módulo 4. No responde → Pasar al siguiente Módulo <input data-bbox="925 169 1028 264" type="checkbox"/>	<p>10. ¿Por qué razón se hizo el examen del SIDA?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por sentirse en riesgo 2. Por mayor tranquilidad 3. Por inicio de una nueva relación de pareja 4. Por una donación de sangre 5. Por control de embarazo 6. Por una hospitalización/cirugía 7. Por problemas de salud 8. Para ingresar a un trabajo 9. Otra razón: Cuál? <input data-bbox="1776 169 1879 264" type="checkbox"/>
--	---

MÓDULO IX: ENCUESTA DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS		
<p>1. En los últimos 5 años ¿Ha tenido un dolor abdominal que se inicie después de las comidas?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No → Pasar a p6 3. No sabe → Pasar a p6 <input data-bbox="645 592 748 687" type="checkbox"/>	<p>4. Junto a ese dolor, ¿Tuvo diarrea o colitis?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí → Pasar a p6 2. No 3. No sabe <input data-bbox="1202 592 1305 687" type="checkbox"/>	<p>7. ¿Ha tenido ese dolor después de que le sacaron la vesícula?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca o rara vez 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. La mayoría de las veces 5. Siempre <input data-bbox="1785 592 1888 687" type="checkbox"/>
<p>2. ¿Dónde? Mostrar Tarjeta 4 Respuesta Múltiple. Si es el 1 o el 2 continuar con P3, si no es ninguno de estos cuadrantes Pasar a P 6</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 	<p>5. Este dolor, ¿Le hacía detenerse en sus actividades habituales, le llevó a ver a un médico de forma urgente o al servicio de urgencias, o le hizo tomar medicamentos para el dolor?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Algunas veces 3. Frecuentemente 4. La mayoría de las veces 5. Siempre <input data-bbox="1202 922 1305 1018" type="checkbox"/>	<p>8. En los últimos 3 meses ¿Ha presentado malestar o dolor aquí (mostrar cuadrante 2 en Tarjeta 4)?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Sí, por 15 o menos días seguidos 3. Sí, por más de 15 días seguidos <input data-bbox="1785 1018 1888 1114" type="checkbox"/>
<p>3. ¿Cuánto rato le duró ese dolor? (referirse al más duradero de los cuadrantes 1 o 2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de media hora 2. Media hora o menos → Pasar a p6 3. No sabe → Pasar a p6 <input data-bbox="667 1222 770 1318" type="checkbox"/>	<p>6. ¿Ha sido operado de la vesícula, le han sacado la vesícula o los cálculos de la vesícula?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No → Pasar a p8 <input data-bbox="1202 1273 1305 1369" type="checkbox"/>	<p>9. En los últimos 3 meses ¿Ha notado que sus deposiciones (fecas, heces, caca) sean negras como carbón o ha vomitado sangre? Mostrar Tarjeta 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No 3. No sabe <input data-bbox="1785 1297 1888 1393" type="checkbox"/>

MÓDULO IX: ENCUESTA DE SÍNTOMAS DIGESTIVOS

<p>10. En los últimos 3 meses ¿Ha notado sangre roja, fresca, al obrar o defecar?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>17. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una colonoscopia?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pasar a p19 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe → Pasar a p19 <input type="checkbox"/></p>																
<p>11. En los últimos 3 meses ¿Ha notado cambios permanentes en la frecuencia o consistencia de sus deposiciones (fecas, heces, caca, al obrar o dar del cuerpo)?</p> <p>1. Si, me puse estético (constipado, estreñimiento) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Si, tengo tendencia a la diarrea <input type="checkbox"/></p> <p>3. No <input type="checkbox"/></p> <p>4. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>18. ¿Cuándo se hizo la última?</p> <p><input type="text"/> Año</p> <p>Código: No sabe no responde 9999</p>																
<p>12. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una endoscopia digestiva alta?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pasar a p14 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe → Pasar a p14 <input type="checkbox"/></p>	<p>19. ¿Presentó cuadro de diarrea en los últimos 15 días?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pasar al siguiente módulo <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe → Pasar al siguiente módulo <input type="checkbox"/></p> <p>4. No responde → Pasar al siguiente módulo <input type="checkbox"/></p>																
<p>13. ¿Cuándo se hizo la última?</p> <p><input type="text"/> Año</p> <p>Código: No sabe no responde 9999</p>	<p>19e. ¿Por cuánto tiempo la ha tenido?</p> <p><input type="text"/> Días</p> <p>Código: No sabe no responde 99 Max es 90 días si es > a 90 días poner 98</p>																
<p>14. ¿Le han hecho alguna vez en su vida una ecografía abdominal?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No → Pasar a p17 <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe → Pasar a p17 <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Relacionó su diarrea con el consumo de:</p> <p>1. Agua → Pasar a p21 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Alimentos <input type="checkbox"/></p> <p>3. Alcohol → Pasar a p21 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Medicamentos → Pasar a p21 <input type="checkbox"/></p> <p>5. No → Pasar a p21 <input type="checkbox"/></p>																
<p>15. ¿Le encontraron cálculos a la vesícula en alguna de esas ecografías?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>3. No sabe <input type="checkbox"/></p>	<p>20.E ¿Con cuál? (Respuesta Múltiple) Mostrar tarjeta 6. Anotar el(los) código(s) señalados</p> <p><input type="text"/></p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/>																	
<p>16. ¿Cuándo se hizo la última?</p> <p><input type="text"/> Año</p> <p>Código: No sabe no responde 9999</p>	<p>21. ¿Consultó a un servicio de salud o médico por esto?:</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p>																

MÓDULO X: AUTOREPORTE DE ENFERMEDADES LEER→ En la entrevista anterior se le preguntó por enfermedades en sus familiares, ahora le voy a preguntar por algunas enfermedades que Ud. ha tenido.

Enfermedades		A	B	C	D
		¿Alguna vez un doctor o médico le ha dicho que tiene o que padece de 1. Sí 2. No → Pasar a C 3. No sabe → Pasar a C	¿A qué edad se lo diagnosticaron? _____Años Código: No sabe 999	¿Alguna vez ha sido tratado por esto? 1. Sí 2. No 3. No sabe	¿Ha estado tomado algún medicamento o haciendo algún tratamiento para esto durante las últimas 2 semanas? 1. Sí 2. No 3. No sabe
1	Bocio, enfermedad a la tiroides hipertiroidismo o hipotiroidismo				
2	Cáncer de tiroides				
3	VIH/SIDA o síndrome de inmunodeficiencia adquirida				
4	Insuficiencia renal crónica o disminución de la función de sus riñones				
5	Problemas con el consumo de alcohol				
6	Epilepsia				
7	Daño al hígado, hígado graso o cirrosis				
8	Úlcera péptica, gástrica o duodenal				

MODULO XI: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS. LEER → Ahora me gustaría tomar nota de los medicamentos, remedios y otros tratamientos que usted está actualmente tomando o usando.

1. ¿Podría mostrarme los medicamentos y remedios que actualmente está tomando o usando? 1. Sí 2. No puede mostrarlos, pero los entregará verbalmente. 3. No puede mostrarlos y no recuerda ninguno → Pasar a p2 4. No toma medicamentos → Pasar a p2	1.A. Número de medicamentos que está actualmente tomando <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> N° de medicamentos (1-20)
--	--

A	Ae	B	C			D		E	F
Código del medicamento Otro: 99999-7 Pase a Ae	Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	N° de unidades por presentación del medicamento (1-500) Otra: 888 No se sabe 999	Dosis del medicamento Unidades de consumo No sabe 999	n° veces al día No sabe 99 Otro 88	n° de días a la semana (de 1 a 7) No sabe 9 Otro 8	¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua? Años No sabe 999	Meses No sabe 99	¿Quién le indicó este medicamento? 1. Un médico o doctor 2. Dentista 3. Matrona 4. Químico-Farmacéutico 5. Yo mismo 6. Otro	¿Dónde obtuvo este medicamento? 1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular. 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido.
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

MODULO XI: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS. LEER → Ahora me gustaría tomar nota de los medicamentos, remedios y otros tratamientos que usted está actualmente tomando o usando.

A		Ae	B	C			D		E	F
Código del medicamento		Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	N° de unidades por presentación del medicamento (1-500) Otra: 888 No se sabe 999	Dosis del medicamento			¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?		¿Quién le indicó este medicamento? 1. Un médico o doctor 2. Dentista 3. Matrona 4. Químico-Farmacéutico 5. Yo mismo 6. Otro	¿Dónde obtuvo este medicamento? 1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular. 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido.
Otro: 99999-7 Pase a Ae	Unidades de consumo No sabe 999			n° veces al día No sabe 99 Otro 88	n° de días a la semana (de 1 a 7) No sabe 9 Otro 8	Años No sabe 999	Meses No sabe 99			
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

MÓDULO XI: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

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

1. Sí
2. No → **Pasar a p3**
3. No sabe → **Pasar a p3**
4. No responde → **Pasar a p3**

2.A Número de medicamentos (1-3)

A		Ae	B	C			D		E	F
Código del medicamento		Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	Nº de unidades por presentación del medicamento (1-500) Otra: 888 No se sabe 999	Dosis del medicamento			¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?		¿Quién le indicó este medicamento? 1. Un médico o doctor 2. Dentista 3. Matrona 4. Químico-Farmacéutico 5. Yo mismo 6. Otro	¿Dónde obtuvo este medicamento? 1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular. 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido.
Otro: 99999-7 Pase a Ae	Unidades de consumo No sabe 999			nº veces al día No sabe 99 Otro 88	nº de días a la semana (de 1 a 7) No sabe 9 Otro 8	Años No sabe 999	Meses No sabe 99			
1										
2										
3										

MÓDULO XI: INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

3. ¿Ud. toma actualmente **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?

3.A Número de medicamentos (1-3)

1.Sí

2.No → **Pasar al siguiente módulo**

3.No sabe → **Pasar al siguiente módulo**

4. No responde → **Pasar al siguiente módulo**

A		Ae	B	C			D		E	F
Código del medicamento		Anote el nombre comercial completo, presentación y laboratorio	Nº de unidades por presentación del medicamento (1-500) Otra: 888 No se sabe 999	Dosis del medicamento			¿Por cuánto tiempo lo ha estado usando de manera continua?		¿Quién le indicó este medicamento? 1. Un médico o doctor 2. Dentista 3. Matrona 4. Químico-Farmacéutico 5. Yo mismo 6. Otro	¿Dónde obtuvo este medicamento? 1. Me lo dieron en el Consultorio, Hospital, red del sistema público 2. En farmacia con tarjeta de la ISAPRE o consultorio 3. Lo compré en farmacia en forma particular. 4. Lo compré en otro lugar (feria, calle) 5. Me lo regaló un conocido.
Otro: 99999-7 Pase a Ae				Unidades de consumo No sabe 999	nº veces al día No sabe 99 Otro 88	nº de días a la semana (de 1 a 7) No sabe 9 Otro 8	Años No sabe 999	Meses No sabe 99		
1										
2										
3										

MÓDULO XII: MEDICINA COMPLEMENTARIA

Ahora le voy a preguntar si ha usado algún tipo de medicina complementaria	A. ¿Ha usado alguna vez en su vida?	B. Durante el último año, ¿Ha usado?	C. ¿Se benefició o mejoró con la atención? Condición A o B = 1
	1. Sí 2. No 3. No sabe, no responde		
1. Acupuntura			
2. Terapia floral (Flores de Bach)			
3. Homeopatía			
4. Naturopatía (hierbas medicinales)			
5. Reiki			
6. Quiropraxia			
7. Otras (registrar cuáles)			

2. ¿Le agradecería que existiera la posibilidad en el consultorio municipal u hospital público, de recibir este tipo de terapia?

1. Sí, me gustaría que existiera.
2. No
3. Ya existe en mi consultorio u hospital
4. No me atienden en el sistema público
5. No sabe
6. No responde

MÓDULO XIII: DONANTE DE SANGRE

1. ¿Ha donado sangre durante el último año?

1. Sí
2. No
3. No sabe
4. No responde

2. ¿Ha recibido transfusiones de sangre alguna vez en su vida?

1. Sí
2. No → Pasar al siguiente módulo
3. No sabe → Pasar al siguiente módulo
4. No responde → Pasar al siguiente módulo

3. ¿Ha recibido transfusiones de sangre durante el último año?

1. Sí
2. No
3. No sabe,
4. No responde

MÓDULO XIV: EXAMEN DE ORINA (SÓLO SI NO PUDO ORINAR EN EL MÓDULO I)

Tomar muestra en frasco tapa roja

1. ¿Se tomó frasco de orina?

1. Sí
2. No, rechazó
3. No, no pudo orinar

CIERRE DE LA ENTREVISTA

1. Si es el caso, reforzar indicaciones para situaciones de emergencia (ver anexo Protocolo de Situaciones de Emergencias) y entregar hoja de interconsulta si corresponde.
2. **Leer:** Sus resultados le serán entregados próximamente” (plazo máximo: 3 meses). Confirme la forma en que desea recibirlos. Le entregaré un comprobante de atención con instrucciones para retiro o reclamo de ellos.
3. **Leer:** Recuerde que deberá llamar por teléfono para averiguar cuándo y dónde está citado para retirar personalmente su examen de VIH.
4. **Leer:** Es posible que sea visitado(a) por un supervisor que verifique los datos recogidos.
5. **Leer:** Es posible que sea citado para realizar algún examen o consulta médica adicional en algunos casos.
6. **Leer:** LE AGRADEZCO cordialmente su colaboración.

Se entregó copia de consentimiento informado de VIH

Se entregó Interconsulta

Se entregó comprobante de exámenes

Se entregó orden de entrega de examen VIH

Se entregó certificado para trabajo o estudios

¿Dónde desea que le sean entregados los resultados de sus exámenes?

Por correo certificado en su domicilio

En su consultorio de salud (Centro de salud familiar) correspondiente.