

Cuestionario de evaluación de la salud renal

Fecha del examen _____

ID del participante _____

***Preguntas Requeridas

*****P1 ¿Cuál es su nombre?**

(Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre, Apellido)

Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____

*****P2 ¿Cuál es su género?**

Hombre Mujer Otro (especifique) _____

*****P3 ¿Cuál es su dirección postal actualizada?**

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

¿Cuál es su dirección postal permanente? Igual que la dirección postal

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

*****P4 ¿Cuál es su información de contacto?**

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono móvil

Nombre de la persona de contacto
para emergencias

Número de teléfono de la persona de
contacto para emergencias

*****P5 Si tiene un médico de atención primaria/médico de familia, complete los espacios en blanco a continuación**

Nombre _____

Organización _____

Número de teléfono _____

*****P6 ¿Cuál es su idioma preferido?**

- Inglés Español Chino mandarín Criollo
- Otro (especifique) _____

*****P7 Por favor, elige la raza que consideres que eres:**

- Hispano o latino
- Indígena americano o nativo de Alaska (de qué tribu) _____
- Asiático (especifique) _____
- Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico (especifique) _____
- Negro o afroamericano
- Blanco
- Otro (especifique) _____

P8 ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que has completado o el título más alto que has obtenido?

- Educación primaria o menos
- Educación secundaria
- Universidad (Bachillerato)
- Escuela de posgrado o profesional (máster o doctorado)
- Ninguna de las opciones

P9 ¿Cuál es su mejor estimación de los ingresos totales de su hogar el año pasado antes de impuestos?

- \$0 ~ \$24,999
- \$25,000~\$49,999
- \$50,000~\$74,999
- \$75,000~\$99,999
- Más de \$100,000

P10 ¿Es asequible el coste de sus medicamentos recetados? (Sin incluir otros gastos médicos)

- Muy asequible
- Un poco inaccesible
- Neutro
- Un poco asequible
- Extremadamente inasequible

P11 ¿Nació a término?

- Después de 34 semanas
- Antes de 34 semanas
- No se

P12 ¿Cuál era su peso al nacer?

- Peso normal (>2500g or 5.5lbs)
- Bajo peso
- No se

*****P13 ¿Padece las siguientes condiciones de salud? Has tenido...**

- a. Sobrepeso u obesidad** Si No No lo se
- b. Ataque cardíaco** Si No No lo se
- c. Infarto cerebral** Si No No lo se
- d. Insuficiencia cardíaca congestiva** Si No No lo se
- e. Problemas circulatorios en las piernas** Si No No lo se

*****P14 ¿Tiene el azúcar alto o diabetes?** Si No No lo Se

Si ha contestado "Sí", ¿qué tratamiento(s) recibe para la hiperglucemia? (Puede marcar uno o varios)

- Modificación del estilo de vida
- Medicamentos recetados
- Medicina alternativa (a base de plantas o tradicional) / suplementos
- No tomo medicamentos

*****P15 ¿Tiene la presión arterial alta?** Si No No lo Se

Si ha contestado "Sí", ¿qué tratamiento(s) recibe para la presión arterial alta? (Puede marcar uno o varios)

- Modificación del estilo de vida
- Medicamentos recetados
- Medicina alternativa (a base de plantas o tradicional) / suplementos
- No tomo medicamentos

*****P16 Do you have high blood cholesterol?** Si No No lo Se

Si ha contestado "Sí", ¿qué tratamiento(s) recibe para el colesterol alto en sangre? (Puede marcar uno o más)

- Modificación del estilo de vida
- Medicamentos recetados
- Medicina alternativa (a base de plantas o tradicional) / suplementos
- No tomo medicamentos

*****P17 ¿Tiene gota (o ácido úrico alto en sangre)?** Si No No lo se

Si ha contestado "Sí", ¿qué tratamiento(s) recibe para la gota o el ácido úrico alto en sangre? (Puede marcar uno o más)

- Modificación del estilo de vida
- Medicamentos recetados
- Medicina alternativa (a base de plantas o tradicional) / suplementos
- No tomo medicamentos

*****P18 ¿Tiene apnea del sueño o ronquidos?** Sí No No lo Se

Si ha contestado "Sí", ¿qué tratamiento(s) recibe para la apnea obstructiva del sueño (ronquidos)? (puede marcar uno o varios)

- Modificación del estilo de vida
- Medicamentos recetados
- Medicina alternativa (a base de plantas o tradicional) / suplementos
- No tomo medicamentos

*****P19 ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?**

A. Función renal deficiente o insuficiencia renal Yes No No lo Se

B. Proteínas en la orina Yes No No lo Se

C. Sangre en la orina Yes No No lo Se

D. Cálculos renales Yes No No lo Se

E. Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas 19a~19d, ¿ha acudido a un médico especialista en riñón para tratar su enfermedad renal? Yes No No lo Se

*****P20 ¿Cuántos medicamentos le han recetado? _____ (numero)**

*****P21 ¿Toma usted algún medicamento, vitamina o suplemento "sin receta"?**

- Acetaminofeno (Tylenol)
- Otros analgésicos (por ejemplo, ibuprofeno, Advil, Motrin, Aleve, etc.)
- Multivitaminas
- Aceite de pescado
- Inhibidor de la bomba de protones (para el malestar estomacal) (por ejemplo, Omeprazol, Prilosec, Nexium, etc.)
- Bebidas energéticas (por ejemplo, 5-hr energía)
- Suplemento proteínico/polvo
- Otro (especifique) _____
- Ninguno

P22 En general, ¿diría que su salud es:

- Excelente Muy buena Bien Aceptable Malo

En las siguientes preguntas, díganos si ha hecho lo siguiente en los últimos 6 meses.

P23 Leer las etiquetas de los alimentos para elegir alimentos sanos

- Nunca Raramente Frecuente

P24 Compruebe los ingredientes de los medicamentos sin receta

- Nunca Raramente Frecuente

P25 Tomar hierbas medicinales o remedios domésticos (tradicionales, populares, homeopáticos, naturistas, etc.).

Nunca Raramente Frecuente

P26 ¿Busca información sobre problemas renales? Nunca Raramente Frecuente

P27 ¿Con qué frecuencia fuma?

1~5 cigarrillos al día 6~15 cigarrillos al día ≥ 16 cigarrillos al día He renunciado Nunca a fumado

P28 ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

Menos de 1 bebida al día 1--2 bebidas al día Mas de 3 bebidas al día

P29 ¿Con qué frecuencia tomas refrescos azucarados (por ejemplo, soda o jugo)?

≤ 1 lata (12 oz.) a week 2~5 latas a week > 5 latas a week

P30 ¿Con qué frecuencia hace ejercicio de moderado a intenso?

≤75 minutos en la semana 76~150 minutos en la semana > 150 minutos en la semana

¿Con qué frecuencia:

P31 Compruebe su tensión arterial Nunca 1~2 veces a la semana 3 veces a la semana

P32 Compruebe su nivel de azúcar en sangre Nunca 1~2 veces a la semana 3 veces a la semana

P33 No tomar los medicamentos recetados Nunca 1~2 veces a la semana 3 veces a la semana

*****P34 ¿Se ha sometido alguna vez a una prueba de la función renal?**

Nunca 1 vez 2 veces >2 veces

P35 Si le fallara el riñón, ¿qué le preocuparía?

No Si No estoy seguro

A. Demasiado débil o frágil

B. Morir pronto

C. Coste del tratamiento

D. No poder trabajar

E. Ser una carga para la familia y los amigos

F. Estar aislado de los demás

G. Ser incapaz de hacer cosas agradables

H. Vergüenza

¿Qué sabes del riñón?	No	Si	No estoy seguro
P36. ¿Proteínas en la orina significa daño renal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P37. ¿Los riñones producen orina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P38. ¿Los riñones limpian la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P39. Es posible que no se sienta enfermo cuando sus riñones están débiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P40. ¿Crees que sabes lo suficiente sobre riñones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P41. ¿Qué puede ayudar a mantener el riñón sano?	No	Si	No estoy seguro
A. Tomar hierbas medicinales o remedios caseros (tradicionales, populares, homeopáticos, naturistas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Dejar de fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. No tener sobrepeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Seguir las instrucciones del médico para tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Tomar refrescos azucarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Comer alimentos salados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Revisar regularmente la tensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Revisar regularmente la glucosa en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Tomar analgésicos sin receta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*****P42. ¿Qué tipo de seguro médico tiene?**

- Seguro público (Medicare e Medicaid)
- Seguro patrocinado por el empleador
- Seguro médico del mercado (también conocido como seguro médico Obamacare)
- No tengo seguro médico

P43. ¿Dónde obtiene información sobre salud? (Puede elegir uno o varios)

- Profesionales y organizaciones de la salud
- Amigos y familiares
- Periódicos
- Televisión
- Radio
- Internet
- Aplicaciones para teléfonos inteligentes
- Otros (especifique) _____

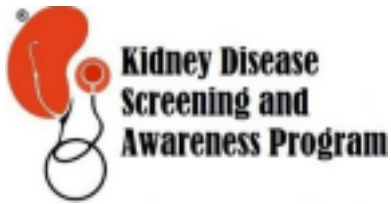
**P44. ¿Cuáles son los obstáculos que le impiden obtener información sobre salud relevante?
(Puede elegir uno o varios)**

- No sé si tengo problemas de salud
- Estoy demasiado ocupado para conocer mis problemas de salud
- No tengo una fuente fiable de información sobre la salud
- No tengo acceso a información sobre la salud gratuita
- Me cuesta entender la información sobre la salud que me dan
- La información sobre la salud no se me comunica en el lenguaje que prefiero

P45. ¿Está interesado en recibir información sobre la salud de KDSAP a través de su smartphone?

- Extremadamente interesado
- Muy interesado
- Interesado
- Algo interesado
- No me interesa

Gracias!



Formulario de resultados del análisis de salud

ID de participante _____

1. Peso..... _____ libras
2. Talla..... _____ pulgadas
3. Circunferencia de la cintura _____ pulgadas
4. Circunferencia de la cadera..... _____ pulgadas
5. Presión arterial..... _____ mm/Hg

BMI= _____

WHR= _____

6. Medidas para la diabetes

Hora de la última comida..... _____ (hours ago) Glucosa en sangre..... _____ mg/dl

7. Medida de la enfermedad renal/urología

Para participantes femeninas premenopáusicas:

Está menstruando o a punto de menstruar? Si No

Creatinina (CRE mg/dL (mmol/L))	<input type="checkbox"/> 10 (0.9)	<input type="checkbox"/> 50 (4.4)	<input type="checkbox"/> 100 (8.8)	<input type="checkbox"/> 200 (17.7)	<input type="checkbox"/> 300 (26.5)
---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Microalbuminuria (ALB) mg/L	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 80	<input type="checkbox"/> 150
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------

Leucócitos (LEU) leu/μL	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 15 ±	<input type="checkbox"/> 70 +	<input type="checkbox"/> 125 ++	<input type="checkbox"/> 500 +++
-------------------------	----------------------------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Nitrito (NIT)	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +
---------------	----------------------------	----------------------------

Urobilinógeno (URO) mg/dL (μmol/L)	<input type="checkbox"/> 0.2 (3.5)	<input type="checkbox"/> 1 (17)	<input type="checkbox"/> 2 (35)	<input type="checkbox"/> 4 (70)	<input type="checkbox"/> 8 (140)	<input type="checkbox"/> 12 (200)
--	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

Proteína (PRO)	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 15 (0.15)	<input type="checkbox"/> 30 (0.3)	<input type="checkbox"/> 100 (1.0)	<input type="checkbox"/> 300 (3.0)	<input type="checkbox"/> 2000 (20)
		±	+	++	+++	++++

Médico supervisor _____