



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

### Antecedentes cardiovasculares

1. ¿Alguna vez un médico le dijo que tuvo un ataque al corazón o un infarto de miocardio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió sí, ¿cuándo?	____ / ____ (MM/AA) ____ / ____ (MM/AA) ____ / ____ (MM/AA) ____ / ____ (MM/AA)
2. ¿Le han dicho alguna vez que tiene o tuvo fibrilación auricular?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió sí, ¿cuál fue la fecha del primer episodio?	____ / ____ / ____ (MM/DD/AA)
3. ¿Alguna vez le han diagnosticado insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió sí, ¿cuándo?	____ / ____ (MM/AA)
b. Si respondió sí, ¿estuvo internado por insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
i. Si respondió sí, ¿cuándo?	____ / ____ (MM/AA)
4. ¿Alguna vez un médico le dijo que tuvo un accidente cerebrovascular (ataque cerebral)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé

### Antecedentes de COVID-19:

5. ¿Alguna vez un proveedor de atención médica le dijo que tenía COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Definitivamente sí <input type="checkbox"/> Sí, presunta o probable
a. ¿Cuál fue la fecha aproximada en que contrajo esta enfermedad?	___/___/___ (MM/DD/YY)
b. ¿Ha vuelto a su estado de salud habitual después de padecer COVID-19?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

### Antecedentes de hipertensión:

6. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tiene hipertensión o presión arterial alta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió <b>SÍ</b> , ¿qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que tenía esta afección?	_____ años <input type="checkbox"/> No lo sé



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

b. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado para la hipertensión o presión arterial alta?

Sí  No  No lo sé

### Antecedentes de niveles altos de colesterol

7. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que su nivel de colesterol en sangre era alto?

Sí  No  No lo sé

a. Si respondió **SÍ**, ¿qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que tenía esta afección?

\_\_\_\_\_ años  No lo sé

b. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado para el nivel alto de colesterol en sangre?

Sí  No  No lo sé

### Antecedentes de diabetes:

8. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tiene diabetes o nivel alto de azúcar en sangre?

Sí  No  No lo sé

a. Si respondió **SÍ**, ¿qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que tenía esta afección?

\_\_\_\_\_ años  No lo sé

b. ¿Fue durante el embarazo?

Sí  No  No lo sé

i. Si respondió **SÍ**, ¿recibió tratamiento con insulina durante el embarazo?

Sí  No  No lo sé

c. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento sin insulina para la diabetes? Por ejemplo, solo con dieta y pastillas

Sí  No  No lo sé

d. ¿Toma actualmente algún medicamento recetado para la diabetes?

Sí  No  No lo sé

### Salud respiratoria:

#### Enfermedades pasadas

9. ¿Alguna vez ha tenido bronquitis crónica?

Sí  No

a. ¿Aún la tiene?

Sí  No  No corresponde

b. ¿Fue confirmada por un médico?

Sí  No  No corresponde

c. ¿A qué edad comenzó?

\_\_\_\_\_ años  No corresponde



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

10. ¿Alguna vez ha tenido asma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. ¿Aún la tiene?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
b. ¿Fue confirmada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
c. ¿A qué edad comenzó?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
d. Si ya no la tiene, ¿a qué edad la dejó de tener?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde

**For Research Coordinator use only:** CRF was:  Self-administered  Interviewer-administered