

### 3.5.-TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

ASPECTOS GENERALES. Marque con una X en la respuesta que usted considera correcta.

Edad:\_\_\_\_\_ Ocupacion:\_\_\_\_\_

Procedencia:\_\_\_\_\_ Estado civil: ( ) soltera ( ) casada ( ) viuda ( ) divorciado ( ) unión libre Escolaridad: ( ) primaria ( ) secundaria ( ) preparatoria ( ) universidad

1-Sexo: Femenino\_\_\_ Masculino\_\_\_

2-¿Cuántos años tiene?De 20 a 24 años

De 40 a 44 años\_\_

De 45 a 49 años\_\_

De 50 a 54 años\_\_

De 55 a 59 años\_\_

De 60 a 65 años\_\_

3-¿Qué nivel de instrucción tiene?

-Primario completo si\_\_ no\_\_

-Secundario completo si\_\_ no\_\_

-Terciario completo si\_\_ no\_\_

-Universitario completo si\_\_ no\_\_

4-¿Tiene antecedentes familiares de ACV?

Abuelos si\_\_ no\_\_

Padres si\_\_ no\_\_

Otros si\_\_ no\_\_

5-¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades cómo?

Hipertensión arterial si\_\_no\_\_

Diabetes si\_\_ no\_\_

Enfermedad Cardiaca si\_\_ no\_\_

Otros si\_\_no\_\_

6-¿Actualmente tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Sí\_ No\_

¿Cuál?

Hipertensión arterial si\_ no\_

Diabetes si no

Enfermedad Cardiaca si no

Otros si\_ no\_

7-Respecto a sus estilos de vida usted consume:

-Alcohol: Si\_No\_

-Diariamente\_\_

Ocasionalmente\_\_

- Tabaco: Si\_No\_

- Diariamente\_

-Ocasionalmente\_

8-Respecto a sus hábitos alimentarios usted:-¿Qué tipo de dieta lleva?

Controlada

No controlada

9-¿Actualmente ¿se realiza controles de salud?

Si No –

¿Con que frecuencia asistencia al consultorio?

Frecuentemente \_

1 vez por semana\_

1 vez cada\_

15 días\_

1 vez por mes Otros\_

10-Conoce usted ¿Qué es un Accidente cerebrovascular?

Mucho\_

Poco\_

Nada\_

12-¿Qué síntomas de la enfermedad conoce?

-Dolor intenso de cabeza

-Fiebre

-Visión borrosa

-Tos

-Otras