**INVENTARIO DE AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CORONARIAS (SC-CHDI V3)**

**(Todas las respuestas son confidenciales)**

Piense en cómo se ha sentido en el último mes mientras completa estas preguntas.

**SECCION A:**

A continuación, una lista de las indicaciones más comunes que se dan a las personas con enfermedades del corazón. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o raramente** |  | **Algunas veces** |  | **Siempre o diariamente** |
| 1. ¿Asiste a las citas con su proveedor de atención médica? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. ¿Toma aspirina u otro anticualgulante? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hace algo para aliviar su estrés (ejem. Meditación, yoga, música? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Hace alguna actividad física (ejem. caminata ligera, usa las escaleras)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Toma medicamentos recetados sin omitir una dosis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Pide alimentos bajos en grasas al comer fuera o al visitar a otros? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita enfermarse (ejem. vacuna antigripal, lavarse las manos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Come frutas y vegetales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Evita los cigarrillos y/o los fumadores? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION B:**

A continuación, una lista de las cosas más comunes que las personas con enfermedades coronarias controlan. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nunca o raramente** |  | **Algunas veces** |  | **Siempre o diariamente** |
| 1. ¿Monitorea su condicion? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ¿Pone atención a los cambios de cómo se siente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Revisa su presión arterial? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila si se cansa más de lo habitual realizando actividades normales? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila los efectos secundarios de la medicación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Vigila los síntomas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Controla su peso? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**RECONOCIMIENTO DE SÍNTOMA**

Muchas personas con enfermedades del corazón tienen síntomas de dolor en el pecho, presión en el pecho, ardor, pesadez, falta de aire y fatiga. La última vez que tuvo un sintoma….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No he presentado sintomas** | **No reconocí el síntoma** | **No rapidamente** |  | **Algo rápido** |  | **Muy rapidamente** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. ….¿con qué rapidéz reconoció que era un síntoma cardíaco? | N/A | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SECCION C:**

A continuación, una lista de acciones que las personas con enfermedades cardíacas hacen. Si usted tiene un síntoma, ¿qué probabilidad hay de que haga una de éstas?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No es probable** | **Algo probable** | | | **Muy probable** |
| 1. Cambiar el nivel de actividad (reducir velocidad, descansar) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar aspirina | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Tomar un medicamento para que el síntoma disminuya o desaparezca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Llamar a professional médico para obtener orientación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Informar a su proveedor médico sobre el síntoma en la próxima visita al consultorio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Piense en un tratamiento que utilizó la última vez que tuvo un síntoma de enfermedad cardíaca.

(marque un número)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No hice nada** | **No estoy seguro** | **Algo seguro** | | | **Muy seguro** |
| 1. ¿El tratamiento que usó le hizo sentirse mejor? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |