

MATERIAL SUPLEMENTARIO

Tabla

Preguntas realizadas en la visita del estudio relativas a antecedentes de consulta por palpitaciones y dolor torácico

	Sí	No	NS/NC
(44) ¿Ha consultado con anterioridad por palpitaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, con quién:			
(45) <i>Médico de AP</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(46) <i>Cardiólogo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(47) <i>Servicios de urgencias del hospital</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con motivo de esa consulta:			
(48) Me realizaron un electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(49) Me realizaron un ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(50) Me remitieron al cardiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(51) Me realizaron pruebas que no son del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(52) Me ingresaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(53) Me introdujeron o cambiaron el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(54) Me diagnosticaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(55) ¿Cuántas veces ha consultado con anterioridad por palpitaciones y/o mareo? (número aproximado total con cualquier agente: médico de AP, cardiólogo o servicio de urgencias)	_____		
(56-57) ¿Cuándo empezó a consultar por palpitaciones y/o mareo? (introducir fecha aproximada)	___ / ___ / ___ (56) mes / (57) año		
	Sí	No	NS/NC
(68) ¿Ha consultado con anterioridad por dolor en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, con quién:			
(69) <i>Médico de AP</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(70) <i>Cardiólogo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(71) <i>Servicios de urgencias del hospital</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con motivo de esa consulta:			
(72) Me realizaron un electrocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(73) Me realizaron un ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(74) Me remitieron al cardiólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(75) Me realizaron pruebas que no son del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(76) Me ingresaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(77) Me introdujeron o cambiaron el tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(78) Me diagnosticaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(79) ¿Cuántas veces ha consultado con anterioridad por dolor en el pecho? (número aproximado total con cualquier agente: médico de AP, cardiólogo o servicio de urgencias)	_____		
(80-81) ¿Cuándo empezó a consultar por dolor en el pecho? (introducir fecha aproximada)	___ / ___ / ___ (80) mes / (81) año		