

Spanish Heart HRA Questions



Question in Application	Potential Answers	Customization Info
Nombres y tipos de usuario	Para mí mismo/a Para otra persona	Required - can customize whether you want to present caregiver field. Can also customize Page Introduction text, Myself selected text, and Someone Else selected text if applicable.
Dirección de correo electrónico		Optional - can toggle off email capture. Can also customize the page introduction text on this page.
Sexo al nacer	Masculino Femenino	Required & Not Customizable
Altura		Required & Not Customizable
Peso		Required - can customize whether you want BMI calculation shown on screen
Gender Pronouns Display & Text (Pronombres de género)		Optional - be default this question is hidden
Etnicidad (Always available)	Blanco o Caucásico Negro o Afroamericano Hispano or Latino Asiático Indígena Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico Otro Desconocido/Sin respuesta	Required - can customize the page introduction text that reads by default 'Methodologies for preventative screenings are determined, in part, by sex at birth, age, and ethnicity. Please provide the following information to increase the accuracy of your assessment.'
Raza (Only populated if Detailed Race/Ethnic Origin option selected)	Blanco o Caucásico Negro o Afroamericano Asiático Indígena Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico Otro Desconocido/Sin respuesta	Optional additional question
Origen Étnico (Only populated if Detailed Race/Ethnic Origin option selected)	No Hispano o Latino Hispano o Latino Desconocido/Sin respuesta	Optional additional question
¿Usas productos de tabaco?	No, nunca No, último fue uso hace más de un año No, último fue uso en el último año Sí	Required and not customizable
En una semana típica, ¿en qué tipos de actividad física participas? Marca todas las que correspondan.	Actividad moderada (ejemplos) Actividad vigorosa (ejemplos) Ninguna de estas	Required and not customizable
Describe tu actividad moderada en una semana típica.	x minutos al día x días a la semana	Required - can customize text in parentheses - default is '(walking, biking, active yoga, dancing, recreational swimming)'
Describe tu actividad vigorosa en una semana típica.	x minutos al día x días a la semana	Required - can customize text in parentheses - default is '(running, hiking uphill, singles tennis, swimming laps)'
Tienes un (primary care name)? Default: médico de atención primaria	(Not answered) Sí No No lo sé	Required - can customize the wording of PCP ex/ 'primary care provider' vs 'primary care physician'
Tienes un (specialist name)? Default: cardiólogo	(Not answered) Sí No No lo sé	Optional additional question
¿Tu proveedor forma parte de (ORGANIZATION_NAME)?	No Sí (not answered)	Optional additional question
Nombre del médico (label is customizable)	Nombre del médico	Optional additional question
¿Tu proveedor forma parte de (ORGANIZATION_NAME)?	No Sí (not answered)	Optional additional question
Nombre del médico (label is customizable)	Nombre del médico	Optional additional question
¿Cuántas horas de sueño sueles tener en un periodo de 24 horas?	(Not answered) 5 horas o menos 6 horas 7 horas o más	Required and not customizable
¿Sueles despertar sintiéndote descansado/a?	(Not answered) Sí No No lo sé	Required and not customizable
¿Tienes diabetes?	(Not answered) No Prediabetes Sí, diabetes tipo 1 Sí, diabetes tipo 2 No lo sé	Required and not customizable
¿Alguna vez has tenido alguna de estas condiciones?	Enfermedad cardíaca Ataque al corazón Insuficiencia cardíaca Derrame cerebral o AIT (accidente isquémico transitorio) Angina o dolor en el pecho Enfermedad de las arterias periféricas Ninguna de estas	Required and not customizable
¿Alguna vez un profesional de la salud te ha dicho que tienes la presión arterial alta?	(Not Answered) No Sí No lo sé	Required and not customizable
¿Alguna vez te han recetado medicamentos para controlar tu presión arterial?	(Not Answered) No Sí	Required and not customizable
Si tuvieras que describir tu presión arterial sistólica más reciente (el primer o número superior), ¿cómo la describirías?	(Not Answered) Buena- Menos de 120 Elevada - 120-129 Moderadamente Alta - 130-139 Alta - 140-149 Relativamente Alta - 150-159 Muy Alta - 160+ No lo sé	Required and not customizable
¿Alguna vez un profesional de la salud te ha dicho que tienes el colesterol alto?	(Not Answered) No Sí No lo sé	Required and not customizable
¿Tienes hermanos o un padre que tuvo enfermedad cardíaca antes de los 55 años?	(Not answered) No Sí No lo sé	Required and not customizable
¿Tienes hermanas o una madre que tuvo enfermedad cardíaca antes de los 55 años?	(Not answered) No Sí No lo sé	Required and not customizable