**My Personal Information and Health History**

First Name\* Last Name\*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Gender\* Birth Date Blood Pressure Height Weight

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Street Address\*

|  |
| --- |
|  |

City and State\* Zip Code\* Phone\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Ethnicity (Select)

○American Indian or Alaska Native ○Asian ○Black or African American

○Hispanic or Latino ○Mixed Race ○Native Hawaiian or Other Pacific Islander

○Other Race ○White

Yes No

○ ○ I am taking blood pressure medication

○ ○ I am on a hypertension diet

○ ○ I have kidney disease

○ ○ I have diabetes

○ ○ I have a family history of heart disease

○ ○ I have been diagnosed with heart disease

○ ○ I have a family history of stroke

○ ○ Do you smoke?

○ ○ Have you ever tried to quit smoking?

□ I have Medical Insurance

□ The AHA/ASA may E-mail me updates and other information

**Please sign below that you are willing to participate with your organization in improving health outcomes for you:**

X

Email address Password (8 characters min)

|  |
| --- |
|  |

\*Required Information

**Mi información Personal y la historia de la salud**

Primer nombre \* Ultimo nombre \*

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Género \* Fecha presión Arterial Altura Peso al nacer

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

 Dirección calle \*

|  |
| --- |
|  |

 Ciudad y estado \* Código postal \* Teléfono \*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Origen étnico (selección)

○ Indio americano o Nativo de Alaska ○ Asiático ○ Negro o Afroamericano

○ Hispano o Latino ○ Raza mixta ○ Nativo Hawaian o U otros isleños del Pacífico

○ Otra raza ○Blanco

 Sí No

○ ○ estoy tomando medicación de la presión arterial

○ ○ estoy en una dieta de hipertensión

○ ○ tengo enfermedad renal

○ ○ tengo diabetes

○ ○ tengo antecedentes familiares de enfermedad cardíaca

○ ○ me ha sido diagnosticado can la enfermedad cardíaca

○ ○ tengo antecedentes familiares de accidente cerebrovascular

○ ○ fumas?

○ ○ has probado a dejar de fumar?

□Tengo seguro médico

□La AHA/ASA puede enviarme las actualizaciones y otra información

P**or favor firmar abajo que usted está dispuesto a participar con su organización en la mejora de los resultados de salud para usted:**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico Contraseña (min. 8 caracteres)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

\* Requiere información