

COMMENTARIOS	<p style="text-align: center;">- Adhiera a la etiqueta aquí-</p> <p>Nº Tarjeta Clínica: _____ - _____ - _____</p> <p>Nombre _____ Inicial _____</p> <p>Apellido _____</p>
---------------------	---

1. Fecha de Contacto: -- (M/D/A)

2. Completado Por:

3. Tipo de Contacto:

₁ Teléfono

₂ Correo

₃ Visita

₈ Otro

4. Tipo de Visita:

₁ Consulta de Control #

₄ Consulta No Rutinaria

5. Fecha en que la discontinuación Comenzó: -- (M/D/A)

6. Fecha en que se le Hizo Análisis al Descolorido: -- (M/D/A)

7. ¿Comenzó la discontinuación durante por lo menos los últimos 3 justos?

No, el participante desea continuar. → Discontinúe el formulario y vuelva a contactar al participante cuando la discontinuación tenga ≥ 3 meses justos desde la fecha en que comenzó la discontinuación.

₀ No, el participante no desea continuar. **Inelegible para el program HRT**

₁ Sí

8. "Cuando discontinuó Ud. las hormonas ¿tuvo síntomas posmenopáusicos, tales como bochornos y sudores nocturnos?"

₀ No → Fije un SV1

₁ Sí ↘

8.1. "¿Aún siente Ud. los síntomas?"

₀ No → Fije un SV1

₁ Sí ↘

8.2. "¿Qué tan graves son los síntomas?"

₁ Leves

₂ Moderados

₃ Graves → **Inelegible para el programa HRT**

8.3. "Es posible que Ud. sea seleccionada sin método en un ensayo randomizado y los síntomas podrán continuar durante el balance del estudio. ¿Desea Ud. participar en el estudio?"

₀ No **Inelegible para el programa HRT**

₁ Sí → Fije un SV1