

1. Date Received: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)		- Affix label here-	
2. Reviewed By: <input type="text"/>		Clinical Center/ID: _____ - _____ - _____	
		First Name _____ M.I. _____	
		Last Name _____	
3. Contact Type: <input type="checkbox"/> ₁ Phone <input type="checkbox"/> ₂ Mail <input type="checkbox"/> ₃ Visit <input type="checkbox"/> ₈ Other	4. Visit Type: <input type="checkbox"/> ₂ Semi-Annual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₃ Annual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₄ Non-Routine	5. DOSE STD____ ALT____	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA			

Favor de usar tinta.

Este es un cuestionario de suma importancia, ya que nos sirve en vigilar su salud y nos permite saber cómo le sientan las píldoras del El Programa de Tratamiento de Reemplazo de Hormonas (TRH). Por favor, tome un momento y conteste cuidadosamente cada pregunta. Marque con una “x” (☒) la cajita que Ud. piense sea la más indicada o escriba la información en el espacio indicado.



El Programa de Tratamiento de Reemplazo de Hormonas

K _____

6. ¿Le han hecho a Ud. una histerectomía?

₁ Sí → 6.1. Aunque le han hecho una histerectomía, ¿ha tenido Ud. algún a hemorragia vaginal desde su última visita?

₀ No → Pase a la Pregunta 7, más abajo.

₁ Sí

₀ No → 6.2. Véase el Calendario del TRH, si esta disponible. ¿Ha tenido Ud. algún a hemorragia vaginal desde su última visita?

₀ No → Pase a la Pregunta 7, más abajo.

₁ Sí ↓

Las siguientes preguntas corresponden a su hemorragia vaginal.

6.3. ¿Cómo fue de intensa? (Marque cuál fue la más intensa desde que tuvo su último contacto clínico.)

- ₁ Manchas - Aprox. 1 compresa diaria ₃ Moderada - Aprox. 4-7 compresas por día
- ₂ Ligeras - Aprox. 2-3 compresas por día ₄ Intensa - 8 o más compresas por día

6.4. ¿Cuándo le comenzó algún hemorragia? (Marque la fecha más reciente desde que tuvo su último contacto clínico.)

_____ - _____ - _____
mes día año

6.5. Comenzó y paró de nuevo el hemorragia?

- ₀ No ₁ Sí

6.6. ¿Aún le sigue el hemorragia? (Si Ud. Está sangrando, aunque sea poco, indique "sí.")

- ₀ No → 6.7. ¿Cuándo le paró el hemorragia?
- ₁ Sí
- _____ - _____ - _____
mes día año

7. ¿Ha sentido Ud. alguna sensibilidad del pecho desde su contacto más recién?

₀ No ₁ Sí → 7.1. Respecto a la sensibilidad que sintió Ud. en el pecho, fue:

₁ Poca ₂ Moderada ₃ Severa

8. ¿Le han hecho alguna cirugía del pecho o ha notado algún otro cambio en su pecho desde su contacto más recién (nueva masa/bultos, secreción del pezón, o cambios en la piel)?

- ₀ No ₁ Sí

Es posible que Ud. ya haya contestado estas preguntas en otros formularios, pero deseo repasarlas de nuevo para estar segura que Ud. pueda seguir tomando las píldoras del estudio sin que haya peligro.

9. ¿Cuándo le hicieron su última mamografía? Mes _____ Año _____

10. Respecto a los siguientes medicamentos, le ha recetado su médico, o actualmente toma usted alguno es estos:

10.1 ¿Corticosteroides (tales como las píldoras Prednisona, Decadrona, Medrol)? ₀ No ₁ Sí

10.2 ¿Medicinas para fluidificar la sangre (tal como Coumadin, Warfarin)? ₀ No ₁ Sí

No tomando en cuenta sus píldoras del estudio WHI, ¿está Ud. tomando actualmente, o le ha recetado su médico, alguna de estas hormonas?

10.3 Estrógeno ₀ No ₁ Sí

10.4 Progesterona ₀ No ₁ Sí

10.5 Testosterona ₀ No ₁ Sí

10.6 Tamoxifeno, Raloxifene (Evista) u otra medicación conocido como SERMs ₀ No ₁ Sí

11. Desde que Ud. tuvo su último contacto, ¿le ha dicho algún médico que Ud. padece de alguna de las siguientes condiciones?

11.1 Hiperplasia Endometrial ₀ No ₁ Sí

11.2 Triglicéridos elevados en la sangre (el triglicérido no es igual que el colesterol) ₀ No ₁ Sí

11.3 Si responde "sí", ¿Se pasó el nivel de triglicérido más de 1,000 (mg/dl)? ₀ No ₁ Sí

11.4 Coágulo de sangre en la pierna o pulmón ₀ No ₁ Sí

11.5 Melanoma de la piel ₀ No ₁ Sí

11.6 Infarto cardíaco o embolia/apoplejía ₀ No ₁ Sí

11.7 Meningioma o tumores cerebrales ₀ No ₁ Sí

11.8 Cáncer del pecho ₀ No ₁ Sí

11.9 Mal de la vesícula ₀ No ₁ Sí

11.10 Problemas con su páncreas ₀ No ₁ Sí

11.11 Accidente isquémico transitorio (AIT o mini infarto cerebral) _____ No _____ Sí

11.12 Cambios repentinos y serios en los ojos o la vista _____ No _____ Sí

12. ¿Deseamos saber si Ud. se siente preocupada, con dudas o si tiene alguna pregunta que desea hacerle al personal de la clínica? Si es así el caso, por favor apúntelas aquí y se le llamará por teléfono para poder hablar respecto a ello. _____
- _____

13. RSLT							
<input type="checkbox"/> ₁ CONT	<input type="checkbox"/> ₂ RET: _____	<input type="checkbox"/> ₃ CONS	<input type="checkbox"/> ₄ REF: _____	<input type="checkbox"/> ₆ CHG	<input type="checkbox"/> ₈ OTH: _____		
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA							

14. Deseo hablar con Ud. respecto a las píldoras que toma para el estudio del TRH.
- 14.1. Desde que tuvo Ud. el último contacto clínico, ¿con qué frecuencia tomaba las píldoras del estudio? **(Escoja la respuesta que sea cierta la mayoría de las veces.)** Diría que era...

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₀ Nunca | <input type="checkbox"/> ₃ 3-4 días por semana |
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de una vez por semana | <input type="checkbox"/> ₄ 5-6 días por semana |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1-2 días por semana | <input type="checkbox"/> ₅ Cada día de la semana |

- 14.2. Es muy común que a algunas personas se les olvide tomar sus píldoras. Durante el pasado mes, ¿más o menos cuántos días se le ha olvidado a Ud. tomar sus píldoras? **(Calcule lo mejor que pueda.)**

días en el último mes

- 14.3. ¿Qué utilizó Ud. para asistirle en recordar tomar sus píldoras? _____
- _____
- _____

- 14.4. Existen muchas razones por lo cual las personas no siempre toman sus píldoras. Si hubo días que Ud. no tomó las píldoras del estudio, ¿por qué razón no las tomó? **(Marque todas las razones por no tomarlas.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Tomé las píldoras cada día | <input type="checkbox"/> ₆ Temo problemas de salud |
| <input type="checkbox"/> ₂ Sentí síntomas | <input type="checkbox"/> ₇ Pariente/Amistad me lo recomendó |
| <input type="checkbox"/> ₃ Se me olvido una(s) píldora(s) | <input type="checkbox"/> ₈ Médico me lo recomendó |
| <input type="checkbox"/> ₄ Se me olvido la botella | <input type="checkbox"/> ₉ No tenía píldoras |
| <input type="checkbox"/> ₅ Necesite/Tome un descanso de ellas | <input type="checkbox"/> ₈₈ Otra razón _____ |

Gracias. Favor de repasar este formulario en caso de que se le haya pasado alguna pregunta.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA			
14.5 Strategies	15.1 IAP		
___ DSCB	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	→ 15.2 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)
___ VAL			
___ PAL	16.1 RECNT		
___ RECM	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Yes	→ 16.2 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)
___ PERSP			