

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. ADH 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 Programa de Calcio y Vitamina D. 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.



**La Mujer
y Su Salud**

El Programa de Calcio y Vitamina D

6. ¿Está Ud. tomando, o la ha recetado su médico, alguna de estas medicaciones?

6.1 ¿Medicaciones, Vitaminas múltiples o suplementos que contienen calcio (tales como los productos marca “Oscal” o “Tums”)?

₀ No

₁ Sí



a. Dosificación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg por día b. El nombre del calcio: _____ _____

6.2 ¿Píldoras o tabletas de vitamina D o vitaminas múltiples que contengan vitamina D?

₀ No

₁ Sí



a. Dosificación: _____ IU por día

6.3 ¿Calcitrol (tal como Rocaltrol)?

₀ No

₁ Sí

7. ¿Desde su último contacto, le han dicho a usted que padece de cualquiera de las siguientes condiciones médicas?

7.1 ¿Hipercalcemia (demasiado calcio en la sangre)?

₀ No

₁ Sí

7.2 ¿Problemas con los riñones (tales como piedras en su riñón o su vejiga)?

₀ No

₁ Sí

7.3 ¿Le están haciendo actualmente diálisis renal?

₀ No

₁ Sí

8. 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.

OFFICE USE ONLY					
9. RSLT	<input type="checkbox"/> ₁ CONT	<input type="checkbox"/> ₃ CONS	<input type="checkbox"/> ₆ CHG		
	<input type="checkbox"/> ₂ RET: _____	<input type="checkbox"/> ₄ REF: _____	<input type="checkbox"/> ₈ OTH: _____		

10. Deseamos saber en qué forma toma Ud. sus píldoras de Calcio y Vitamina D (CaD).

10.1. Desde que tuvo Ud. el último contacto clínico, ¿con qué frecuencia tomaba las píldoras del estudio? 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 |

10.2. En los días en que Ud. toma sus píldoras, ¿en qué forma las toma?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Una píldora, dos veces al día | <input type="checkbox"/> ₃ Una píldora, una vez al día |
| <input type="checkbox"/> ₄ Dos píldoras, una vez al día | <input type="checkbox"/> ₈ Otra forma _____ |

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

 días en el último mes

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

10.5. 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 olvidó una(s) píldora(s) | <input type="checkbox"/> ₈ Médico me lo recomendó |
| <input type="checkbox"/> ₄ Se me olvidó 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 _____ |

10.6 Determine la preferencia de la participante respecto a la formula de vitaminas CaD.

_____ La que se masca _____ La que se traga

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

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA		
10.7 Strategies	11.1 IAP	
<input type="checkbox"/> DSCB	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Yes →	11.2 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)
<input type="checkbox"/> VAL		
<input type="checkbox"/> PAL	12.1 RECNT	
<input type="checkbox"/> RECM	<input type="checkbox"/> ₀ No <input type="checkbox"/> ₁ Yes →	12.2 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)
<input type="checkbox"/> PERSP		