

Fecha Recibido: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/A) Revisado Por: <input type="text"/>		- Adhiera la etiqueta aquí - N° Tarjeta Clinica: _____ - _____ - _____ Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____	
Tipo de Contacto <input type="checkbox"/> ₁ Teléfono <input type="checkbox"/> ₂ Correo <input type="checkbox"/> ₃ Visita <input type="checkbox"/> ₈ Otro		Tipo de Visita: <input type="checkbox"/> ₁ Consulta de Control # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₂ Consulta Semi-Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₃ Consulta Anual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₄ Consulta No Rutinaria	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA			

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 10 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigado las fuentes de datos que existen actualmente, colectando y manteniendo los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. A ninguna agencia se le permitirá llevar ni patrocinar una serie de datos colectivos, a menos que aparezca el número de control OMB válido; y al igual a ninguna persona se le requiriere resonar a lo mismo. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: NIH, Project Clearance Office, 6701 Rockledge Drive, MSC 7730, Bethesda, MD 20892-7730, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

Por favor use pluma.

Información para su Localización

Quisiéramos tener información para localizarla a Ud., a su esposo o pareja, y dos amigos(as) para poder mantenernos en contacto con usted durante el transcurso del estudio. Esta información es muy importante, así que si cambia algo, notifíquenos inmediatamente. Escriba los datos con letra de molde en los espacios o marque con una equis (☒) el cuadro adecuado. No es obligatorio contestar preguntas que no desee contestar.

1. ¿Cuál es su nombre legítimo?

Nombre	Inicial	Apellido

2a. ¿Qué otros nombres usa?

Nombre	Apellido

2b. ¿Cuál es, o cuál fue el nombre completo de su padre?

Nombre	Apellido

3. ¿Bajo qué nombre está registrado su número de teléfono en el directorio telefónico?

Nombre	Apellido

₁ No está registrado en el directorio telefónico

4. Favor de proporcionar los nombres de dos parientes o amistades que no vivan con usted, y puedan localizarla en caso de que nosotros no pudieramos hacerlo directamente.

4.1. Nombre: _____
 Dirección: _____

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

Teléfono: _____ Parentezco: _____

4.2. Nombre: _____
 Dirección: _____

 Ciudad Estado Zona Postal
 Teléfono: _____ Parentezco: _____

La siguiente pregunta pide su Número de Seguro Social. No es obligatorio proporcionarlo. Si nos da su Número de Seguro Social, servirá para mantenernos en contacto con usted durante todo el estudio. Esta información se solicita bajo la Sección 301 de la Ley de Servicios de Salud Pública, 42 U.S.C. 241.

5. ¿Cuál es su Número de Seguro Social? _____-_____-_____

Las siguientes preguntas son importantes para poder describir, en términos generales, a las mujeres que participan en nuestro estudio.

6. ¿Cuál fue el último año que completó en la escuela? **(Marque uno.)**

- ₁ No fui a la escuela
₂ Primaria (1-4 años)
₃ Secundaria (5-8 años)
₄ Algo de preparatoria (9-11 años)
₅ Diploma de preparatoria o G.E.D.
₆ Escuela vocacional o entrenamiento después de graduarme de la preparatoria
₇ Algo de universidad o Título de Asociado
₈ Graduado de la universidad o Título de Bachillerato
₉ Algo de universidad o escuela profesional después de graduarme de la universidad
₁₀ Maestría
₁₁ Doctorado (Ph.D., M.D., J.D., etc.)

7. ¿Cuál es su situación actual de trabajo? **(Marque la que mejor la describa. Si existe más de una respuesta que la describa, márkela.)**

- ₁ No estoy trabajando
₂ Jubilada
₃ Hogar/ama de casa, cuidado infantil o de otros
₄ Empleada (de planta o de jornada reducida)
₅ Incapacitada, no puedo trabajar
₈ Otra **(Especifique)**: _____

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su trabajo? Si no está trabajando ahora, cuál describe mejor su último trabajo es decir, el trabajo en el que duró más tiempo? (Si es Ud. ama de casa, pero trabaja una jornada reducida, deberá marcar ambos.)

- ₁ **Hogar/ama de casa, cuidado infantil o de otros**
- ₂ **Gerencia, especialidad profesional** (Ejecutiva, gerencia, administrativa, ocupaciones profesionales. Los puestos incluyen: maestra, consejera, enfermera registrada, doctora, abogado, contadora, arquitecto, analista en sistemas computacionales, gerente de personal, gerente de ventas, etc.)
- ₃ **Técnico, ventas y respaldo administrativo** (Ocupaciones técnicas y relacionadas con respaldo en ventas, administración, trabajo de oficina. Los puestos incluyen: operador o programador de computadoras, enfermera práctica o vocacional, asistente dental, técnico de laboratorio, oficinista, cajera, recepcionista, secretaria, procesador de textos, etc.)
- ₄ **Servicio** (Servicio de protección (policía, bomberos), servicios de salud y comestibles, ocupaciones tales como: trabajos manuales y reparación, ocupaciones agrícolas, forestales o de pesca. Los puestos incluyen mujer policía, asistente de enfermería, asistente de maestra, cuidado de niños, sirvienta, cocinera, mesera, despachador de alimentos, costurera, etc.)
- ₅ **Operadores, fabricantes, y obreros** (Trabajo de fábrica, transporte, y construcción. Los puestos incluyen fábrica, maquila, chofer de camión, trabajador en construcción, etc.)
- ₈ **Otro (Especifique):** _____

9. ¿Cuál es su estado civil actual? (Marque el que mejor la describa.)

- | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|---|---|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₁ | Nunca me he casado | } | → | Pase a la Pregunta 11 de la página 5. |
| <input type="checkbox"/> ₂ | Divorciada o separada | | | |
| <input type="checkbox"/> ₃ | Viuda | | | |
| <input type="checkbox"/> ₄ | Casada actualmente | } | ↓ | |
| <input type="checkbox"/> ₅ | Viviendo como si estuviera casada (unión libre) | | | |

- 9.1. ¿Cuál es el nombre legítimo de su esposo (o pareja)? (Esta información sirve para mantenernos en contacto con usted durante el estudio.)

Nombre

Inicial

Apellido

La siguiente pregunta pide el Número de Seguro Social de su esposo (o pareja). No es obligatorio proporcionarlo. Si nos da su Número de Seguro Social, servirá para mantenernos en contacto con usted durante todo el estudio. Esta información se solicita bajo las Sección 301 de la Ley de Servicios de Salud Pública, 42 U.S.C. 241.

- 9.2. ¿Cuál es el Número de Seguro Social de su esposo o pareja?

____-____-____

10. Si está casada o en una relación como de casada, cuál de las siguientes categorías describe mejor el nivel escolar de su esposo (o pareja)? **(Marque uno.)**

- ₁ No fue a la escuela
- ₂ Primaria (1-4 años)
- ₃ Secundaria (5-8 años)
- ₄ Algo de preparatoria (9-11 años)
- ₅ Diploma de preparatoria o G.E.D.
- ₆ Escuela vocacional o entrenamiento después de graduarse de la preparatoria
- ₇ Algo de universidad o Título de Asociado
- ₈ Graduado de la universidad o Título de Bachillerato
- ₉ Algo de universidad o escuela profesional después de graduarse de la universidad
- ₁₀ Maestría
- ₁₁ Doctorado (Ph.D., M.D., J.D., etc.)

10.1. ¿Cuál es la situación actual de trabajo de su esposo (o pareja)? **(Marque uno. Si le aplican más de uno, marquelos.)**

- ₁ No está trabajando
- ₂ Jubilado
- ₃ Hogar/ama de casa, cuidado infantil o de otros
- ₄ Empleado (de planta o jornada reducida)
- ₅ Incapacitado, no puede trabajar
- ₈ Otro **(Especifique):** _____

10.2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones mejor describe el trabajo de su esposo (o pareja)? Si no está trabajando en la actualidad, cuál describe mejor su último trabajo? **(Vea la Pregunta 8 para las descripciones de estos trabajos.)**

- ₁ Hogar/ama de casa, cuidado infantil o de otros
- ₂ Gerencia, especialidad profesional
- ₃ Técnico, ventas, y respaldo administrativo
- ₄ Servicio
- ₅ Operadores, fabricantes, y obreros
- ₈ Otro **(Especifique):** _____

11. ¿Cuánto fue el ingreso total de la familia el año pasado (antes de deducir impuestos) contando todos los medios de ingreso de todos los miembros del hogar? **(Marque el que mejor sea su cálculo aproximado.** Esta información es importante para identificar a las mujeres en el estudio como grupo. Esta es información totalmente confidencial.)

- ₁ Menos de \$10,000
₂ \$10,000 a \$19,999
₃ \$20,000 a \$34,999
₄ \$35,000 a \$49,999
₅ \$50,000 a \$74,999
₆ \$75,000 a \$99,999
₇ \$100,000 a \$149,999
₈ \$150,000 o más
₉ No sé

Sus Proveedores de Servicios Médicos

12. ¿Tiene usted una clínica, doctor particular, enfermera, o asistente médico que le proporciona atención médica?

- ₀ No ₁ Sí
 ↓

12.1. Proporcione el nombre, dirección y teléfono de la clínica, doctor, enfermera o asistente médico? (Si no sabe la dirección, deje esta parte en blanco.)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad	Estado	Zona Postal
--------	--------	-------------

Teléfono: _____

12.2. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a esta persona o fue a tal clínica? **(Dé su mejor cálculo.)**

_____ - _____
 mes año

Adelante a la próxima página.

13. ¿Se ha hecho alguna vez un mamograma? (Radiografía en los senos en busca de cáncer.)

₀ No

₁ Sí



13.1. ¿Cuándo se hizo el último mamograma? (Dé su **mejor** cálculo.)

_____ - _____
mes año

13.2. Si su último mamograma fue en los últimos doce meses, proporcione el nombre completo y la dirección del doctor, clínica, u hospital en donde le hicieron el mamograma.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Zona Postal

14. ¿Le han hecho alguna vez un examen Papanicolau (una examinación un chequeo para el cáncer femenino)?

₀ No

₁ Sí

₉ No sé



14.1. ¿Cuándo le hicieron su último Papanicolau?

_____ - _____
mes año

14.2. Si se lo hicieron durante los últimos 12 meses, indique el nombre y dirección completa del médico, clínica u hospital donde se hizo el examen.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Zona Postal

14.3. ¿Ha tenido Ud. un examen Papanicolau anormal durante los últimos tres (3) años?

₀ No

₁ Sí

14.4. ¿Le han dicho a Ud. alguna vez, que padece de displasia cervical (cambios anormales del cérvix que posiblemente indiquen el comienzo de cáncer)?

₀ No

₁ Sí

Adelante a la próxima página.

15. ¿Le han hecho alguna vez una prueba llamada "biopsia del útero", o "aspiración endometrial" o "legrado?" (Esto se efectúa en el consultorio médico o clínica, examinando una pequeña parte del tejido del útero o matriz. Estas pruebas son distintas al papanicolaou o colposcopia.)

₀ No ₁ Sí



15.1. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron la biopsia del útero, aspiración endometrial, o legrado? (Dé su mejor cálculo.)

-
 mes año

15.2. Si la última fue en los últimos 12 meses, proporcione el nombre completo y la dirección del doctor, clínica, u hospital en donde se la tomaron.

Nombre: _____

Dirección: _____

 Ciudad Estado Zona Postal

La siguiente pregunta se hace para ver cómo las mujeres en el estudio cubren los gastos de su atención médica y en qué manera podría afectar su salud.

16. ¿Cuál categoría o categorías a continuación semeja mejor el modo de pago que usa generalmente para servicios médicos? (Marque todos los que apliquen.)

- ₁ Seguro privado pagado anticipadamente (por ejemplo: Health Maintenance Organization, Kaiser Permanente, u otro plan Médico de Grupo)
- ₂ Otro seguro privado (por ejemplo: Blue Cross, Aetna, etc.)
- ₃ Medicare
- ₄ Medicaid (por ejemplo: Asistencia Médica o DPA)
- ₅ Patrocinado por la Administración de Veteranos o Militar
- ₆ No tiene seguro
- ₈ Otro

17. ¿Ha servido Ud. en las fuerzas armadas (ejército) de los Estados Unidos en servicio activo por un período de 180 días o más?

₀ No

₁ Sí →

17.1. ¿Ha estado Ud. en algún Hospital o Centro Médico de Veteranos?

₀ No ₁ Sí

18. ¿En qué fecha completó Ud. este formulario?

- -
 mes día año

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado. Anote sus comentarios aquí:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA	
Administración del Formulario	
<input type="checkbox"/>	1 Por sí misma
<input type="checkbox"/>	2 En Grupo
<input type="checkbox"/>	3 Entrevista
<input type="checkbox"/>	4 Asistencia