

Date Received: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y) Reviewed By: <input type="text"/>	- Affix label here - Clinical Center/ID: _____ First Name _____ M.I. _____ Last Name _____	
Contact Type: <input type="checkbox"/> ₁ Phone <input type="checkbox"/> ₂ Mail <input type="checkbox"/> ₃ Visit <input type="checkbox"/> ₈ Other	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	Form Administration: <input type="checkbox"/> ₁ Self <input type="checkbox"/> ₂ Group <input type="checkbox"/> ₃ Interview <input type="checkbox"/> ₄ Assistance
OFFICE USE ONLY		

Las preguntas que aparecen en este formulario corresponden a las píldoras de su estudio.

1. ¿Ha dejado usted de tomar sus píldoras del estudio de hormonas?

₀ No →

Se le pide ahora dejar de tomar sus píldoras del estudio y devolver las botellas y las píldoras restantes a su clínica WHI.
Por favor, siga adelante a la Pregunta 2.

₁ Sí →

1.1 ¿Dejó usted de tomarse sus pastillas de hormonas antes o después de recibir la carta del NHLBI de 2004?

₁ Antes → **Siga adelante a la siguiente página y la Pregunta 2.**

₂ Después
↓

1.2 ¿En qué fecha dejó de tomar sus píldoras del estudio?

--
 mes día año

1.3 Desde que dejó de tomar sus píldoras del estudio, ¿ha sentido usted algún síntoma?

₀ No → **Siga adelante a la siguiente página y la Pregunta 2.**

₁ Sí
↓

1.4 ¿Cuáles fueron sus síntomas? (*Marque todas las que le correspondan.*)

<input type="checkbox"/> ₁ Bochornos	<input type="checkbox"/> ₄ Cambios de estado de ánimo
<input type="checkbox"/> ₂ Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> ₈ Otros _____
<input type="checkbox"/> ₃ Manchas o sangría vaginal	

Siga adelante a la siguiente página y la Pregunta 2.

2. ¿Ha completado usted el formulario sobre los datos de salud (*Formulario 33 – Historial Actual Médico*)?

₀ No → **Por favor, complete hoy mismo el formulario sobre los datos de salud.**

₁ Sí

Cuando usted se inscribió al Programa de Hormonas de WHI, se le asignaron ciertas píldoras, ya sea hormonas activas o placebos inactivos. Las siguientes preguntas nos permitirán mejor entender el proceso investigativo y, en particular, la investigación hormonal.

3. Antes de haber dejado de tomar sus píldoras del estudio, ¿en cuál de los grupos de tratamiento pensó que tomaba parte usted?

- ₁ Hormonas activas
₂ Píldoras inactivas (placebos)

₉ No sé (**Por favor pare aquí.**)

¿Por qué pensó que estaba usted en ese grupo? (*Por favor dé hasta tres respuestas aquí, en letra de bloque.*)

3. Office Use Only
