

Fecha Recibido: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/A)		- Adhiera la etiqueta aquí -	
Revisado Por: <input type="text"/>		Nº Tarjeta Clínica: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
		Nombre <input type="text"/> Inicial <input type="text"/>	
		Apellido <input type="text"/>	
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, coleccionando 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 responder 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.

Su Historial Médico

1. Durante los últimos dos años, ¿ha pasado la noche Ud. en el hospital?

₀ No ₁ Sí

2. ¿Le ha dicho un médico que Ud. tiene alguna de las siguientes condiciones? Además, ¿le han hecho a Ud. alguno de los siguientes procedimientos? (**Favor de marcar todas la que aplican.**)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Glaucoma | <input type="checkbox"/> ₁₃ Osteoporosis (huesos débiles, delgados o frágiles) |
| <input type="checkbox"/> ₂ Catarata(s) | <input type="checkbox"/> ₁₄ Reemplazo de la cadera |
| <input type="checkbox"/> ₃ Colesterol elevado que requiere píldoras | <input type="checkbox"/> ₁₅ Reemplazo de otra coyuntura |
| <input type="checkbox"/> ₄ Asma | <input type="checkbox"/> ₁₆ Extirpación de parte del intestino |
| <input type="checkbox"/> ₅ Enfisema o bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> ₁₇ Jaquecas/Migrañas/Hemicránea |
| <input type="checkbox"/> ₆ Piedras en el riñón o la vejiga (cálculo renal o urinario) | <input type="checkbox"/> ₁₈ Enfermedad de Alzheimer |
| <input type="checkbox"/> ₇ Calcio sanguíneo elevado | <input type="checkbox"/> ₁₉ Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> ₈ Úlcera estomacal o duodenal | <input type="checkbox"/> ₂₀ Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> ₉ Diverticulitis | <input type="checkbox"/> ₂₁ Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA, reconocido en Inglés por ALS, una enfermedad neurona motora, o enfermedad de Lou Gehrig) |
| <input type="checkbox"/> ₁₀ Colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn | |
| <input type="checkbox"/> ₁₁ Eritematosus ("lupus" o LES, reconocido en Inglés por SLE) | |
| <input type="checkbox"/> ₁₂ Pancreatitis (inflamación del páncreas) | <input type="checkbox"/> ₉₉ Ninguno de estos |

3. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que Ud. tiene problemas del corazón, o problemas de circulación o coágulos sanguíneos?

₀ No

₁ Sí



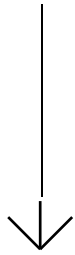
3.1. Favor de marcar aquí las condiciones o los procedimientos que el médico le haya dicho que Ud. tiene.

- ₁ Paro cardíaco (cuando su corazón paró y fue necesario comenzar de nuevo)
- ₂ Insuficiencia/fallo cardíaco o insuficiencia/fallo cardíaco congestivo
- ₃ Cateterización cardíaca (inserción de un catéter al corazón o angiografía coronaria)
- ₄ Cirugía anastomosis “bypass” del corazón o cirugía coronaria “bypass” debido a obstrucciones o bloqueos en las arterias coronarias
- ₅ Angioplastia de las arterias coronarias (el abrir las arterias del corazón con un globo u otro mecanismo. A veces se le llama ACTP y en Inglés se reconoce por sus siglas PTCA)
- ₆ Endarterectomía carótida o angioplastia carótida (cirugía debido a bloqueos o disminución de las arterias en el cuello)
- ₇ Fibrilación arterial (tipo de latido del corazón irregular)
- ₈ Aneurisma aórtica
- ₉ Ninguno de estos

Siga adelante a la próxima página.

4. ¿Le ha dicho alguna vez su médico que Ud. tiene artritis?

₀ No ₁ Sí
↓

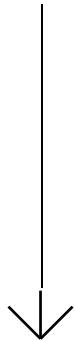


4.1. ¿Qué tipo de artritis tinene Ud.?

₁ Artritis reumatoide (no incluyendo reumatismo)
₈ Otro/No sé

5. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene enfermedad de la vesícula biliar o cálculos (piedras) biliares?

₀ No ₁ Sí
↓



5.1. ¿Padece ahora de enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares?

₀ No ₁ Sí

5.2. ¿Le han hecho alguna operación para extirpar cálculos biliares?

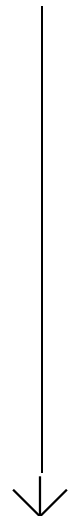
₀ No ₁ Sí

5.3. ¿Le han extirpado la vesícula biliar?

₀ No ₁ Sí

6. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene problemas con la glándula tiroides (no incluye el cáncer del tiroides)?

₀ No ₁ Sí
↓



6.1. ¿Padece Ud. de algun de estas condiciones? (Favor de marcar “No” o “Sí” por cada condición.)				→	6.2. Si contesto sí, ¿sigue teniendo este problema?	
	No	No sé	Sí		No	Sí
6.1.1. Bocio (dilatación de la glándula tiroidea)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁	→	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6.1.2. Nódulo (protuberancia en la glándula tiroidea)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁	→	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6.1.3. Tiroides hiperactiva (muy activa)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁	→	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
6.1.4. Tiroides hipoactiva (poco activa)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₉	<input type="checkbox"/> ₁	→	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

Siga adelante a la próxima página.

7. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene hipertensión o alta presión sanguínea? (**No incluya alta presión sanguínea que haya tenido durante el embarazo.**)

₀ No ₁ Sí



- 7.1. ¿A qué edad le dijeron que tenía alta presión sanguínea? (**Dé un cálculo aproximado.**)

Menos de los 20 años	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 años o mayor
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆	<input type="checkbox"/> ₇

- 7.2. ¿Tomó Ud. alguna vez píldoras para la presión alta?

₀ No ₁ Sí

- 7.3. ¿Toma Ud. actualmente píldoras para la presión alta?

₀ No ₁ Sí

8. ¿Le ha dicho alguna vez el médico que tiene angina (dolor en el pecho por un problema del corazón)?

₀ No ₁ Sí



- 8.1. ¿Toma Ud. actualmente píldoras para angina?

₀ No ₁ Sí

Siga adelante a la próxima página.

9. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que Ud. tiene claudicación o enfermedad arterial perifera (mala circulación en las piernas, o arterias angostas o bloqueadas en las piernas)? No incluya las venas varicosas o flebitis.

₀ No ₁ Sí



Debido a esta condición, le han hecho a Ud.:		No	Sí
9.1.	Angiografía (tinte en las arterias de las piernas).....	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
9.2.	Angioplastia (globo catéter para aclarar bloqueos).....	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁
9.3.	Cirugía para mejorar el flujo sanguíneo de las piernas (no incluya las venas varicosas)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁

10. ¿Le han hecho a Ud. una colonoscopia o sigmoidoscopia o “flex sig” (donde el médico le inserta un tubo al recto para ver si existen problemas intestinales)?

₀ No ₁ Sí



10.1.	¿Cuándo le hicieron el último examen?	<input type="checkbox"/> ₁ Hace menos de 5 años	<input type="checkbox"/> ₂ Hace más de 5 años
10.2.	¿Le han quitado alguna vez pólipos del colon, intestino o recto?	<input type="checkbox"/> ₀ No	<input type="checkbox"/> ₁ Sí

11. ¿Le han analizado alguna vez un espécimen (una muestra) de su excremento (deposición, evacuación o defecación) o le han hecho un análisis coprocultivo por un médico o enfermera? A veces se le llama guayacol fecal o examen hemocultivo, sirve para buscar sangre oculta en el excremento.

₀ No ₁ Sí



11.1.	¿Cuándo le hicieron el último examen?	<input type="checkbox"/> ₁ Hace menos de 5 años	<input type="checkbox"/> ₂ Hace más de 5 años
-------	---------------------------------------	--	--

Siga adelante a la próxima página.

12. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tenía Ud. cáncer, algún crecimiento maligno, o tumor?
(Esto no incluye "fibroides" del útero.)

₀ No

₁ Sí



12.1. ¿Qué tipo de cáncer tuvo Ud.? (Indique "Sí" o "No" por cada tipo de cáncer.)		12.2. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando le dijo un médico por primera vez que tenía Ud. este cáncer?		
		Menor de los 55 años	55 años o mayor	
	No	Sí		
1. Seno	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
2. Ovario	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
3. Endometrio (revestimiento del útero o matriz)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
4. Colon, recto, o intestino	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
5. Tiroides	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
6. Cervix (el cuello del útero o matriz)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
7. Cáncer de la piel (no melanoma)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
8. Melanoma	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
9. Hígado	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
10. Pulmón	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
11. Cerebro	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
12. Hueso	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
13. Estómago	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
14. Sangre (leucemia)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
15. Vejiga	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
16. Linfoma	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
17. De Hodgkin	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		
18. Otro (Especifique): _____ _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁		

Siga adelante a la próxima página.

13. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído Ud. en el piso o en el suelo?

- Ninguna 1 ves 2 veces 3 veces o más
₀ ₁ ₂ ₃

14. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha desmayado Ud., o perdido el sentido o conocimiento?

- ₀ No ₁ Sí

15. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera o asistente médico que tenía Ud. un hueso quebrado fracturado o aplastado?

- ₀ No ₁ Sí
 ↓

<p>15.1. ¿Qué hueso(s) se quebró y a qué edad se quebró el hueso(s) por primera vez? (Favor de marcar <u>todas</u> la que apliquen. Si no sabe la edad exacta, dé un cálculo aproximado.)</p>	<p>15.2. ¿Cuántos años tenía Ud. cuando se quebró este hueso por primera vez?</p>														
	<p>Menor de los 55 años 55 años o mayor</p>														
<p><input type="checkbox"/>₁ Cadera</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Columna vertebral o espalda (vértebra)</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Parte superior del brazo (húmero)</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Brazo inferior o muñeca</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Mano (no dedo)</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Pierna inferior o tobillo</p> <p><input type="checkbox"/>₇ Pie (no dedo)</p> <p><input type="checkbox"/>₈ Otro (Especifique): _____</p> <p>_____</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₁</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂														

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

- -
 mes día año

