



Formulario 33S - Actualización del Historial Clínico

Solo use un lápiz o un bolígrafo negro para completar este formulario.

Este formulario indaga sobre problemas de salud y atención médica desde la siguiente fecha:

____/____/____
MM DD AAAA

No informe eventos que se produjeron antes de la fecha anterior. Sin embargo, si no está segura de una fecha y no cree que nos la haya informado antes, responda las preguntas.

1. ¿Cuál es la fecha es hoy? Escriba la fecha aquí: _____/_____/_____
Mes Día Año

Marque el mes, el día y el año a continuación. **Marque solo un círculo por línea.**

Mes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Día

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Año

19 20 21 22 23 24

2. ¿Quién está completando este formulario?

- 1 Yo (participante del estudio de La Mujer y su Salud [Women's Health Initiative, WHI])
- 2 Otra persona, en nombre de la participante del estudio WHI

Nombre y relación con la participante: _____

3. Número de teléfono más conveniente para comunicarse con la persona que completa este formulario: (____) _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

1. Date received:

____/____/____
MM DD YYYY

3. Contact Type:

- 1 Phone 8 Other
- 2 Mail

Participant ID Label

2. Reviewed by: 80 - _____

- RCR OU1 OU2

4. Visit Type:

- 3 Annual 4 Non-Routine

4. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿se ha sometido a alguno de los siguientes exámenes, pruebas o procedimientos realizados por un médico u otro proveedor de atención médica? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- ₁ Examen de mamas
- ₂ Mamografía
- ₃ Examen del tejido o del líquido de las mamas para detectar una enfermedad (biopsia o aspiración mamarias)
- ₄ Otras pruebas para el examen de mamas, como imágenes por resonancia magnética (IRM) o ecografías/ultrasonido
- ₅ Prueba para detectar la presencia de sangre en las heces o deposiciones (Hemocult[®], guayacol, Cologuard[®])
- ₆ Sonda insertada en el intestino para detectar problemas intestinales (sigmoidoscopia o colonoscopia)
- ₇ Histerectomía (cirugía para extirpar el útero o matriz)
- ₈ Biopsia del endometrio (revestimiento del útero o matriz)
- ₉₉ **No corresponde ninguna de las opciones anteriores**

5. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes afecciones? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- ₁ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica
- ₂ Angina o dolor de pecho debido a una afección cardíaca por la cual fue hospitalizada por una noche o más (que no sea un ataque cardíaco)
- ₃ Ataque isquémico transitorio (no un accidente cerebrovascular)
- ₄ Artrosis o artritis asociada con la edad
- ₅ Degeneración macular asociada con la edad
- ₆ Problemas de memoria moderados o graves
- ₇ Demencia o enfermedad de Alzheimer
- ₈ Enfermedad de Parkinson
- ₉ Pólipos o adenomas en el intestino o el colon
- ₉₉ **No corresponde ninguna de las opciones anteriores**

6. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha recetado alguno de los siguientes tratamientos para la diabetes? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- ₁ Insulina
- ₂ Píldoras o medicamentos diferentes de la insulina
- ₃ Dieta y/o actividad física
- ₉₉ **No corresponde ninguna de las opciones anteriores** (No tengo o ya tengo diabetes.)

7. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha recetado por primera vez píldoras para la presión arterial alta o hipertensión?
₁ Sí ₀ No
8. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿cuántas veces se cayó y terminó en el piso o el suelo? No incluya las caídas por deportes. **Marque solo una opción.**
₀ Ninguna ₁ Una vez ₂ Dos veces ₃ Tres veces o más
- 8.1** ¿Se lesionó como resultado de alguna caída? ₁ Sí ₀ No

Nuevos problemas relacionados con un accidente cerebrovascular, el corazón y la circulación

Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿le diagnosticaron alguna de las siguientes afecciones o procedimientos, o recibió tratamiento para alguna de las siguientes afecciones o procedimientos? **Marque Sí o No en cada ítem.**

Sí No

- ₁ ₀ **9.** Accidente cerebrovascular
- ₁ ₀ **10.** IM, ataque cardíaco (infarto coronario, de miocardio)
- ₁ ₀ **11.** Insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva, ICC o IC)
- ₁ ₀ **12.** Operación de revascularización cardíaca (cirugía de revascularización coronaria o injerto de derivación de arterias coronarias [[IDAC])
- ₁ ₀ **13.** Problema en una válvula cardíaca o cirugía para reparar o reemplazar una válvula cardíaca
- ₁ ₀ **14.** Aneurisma aórtico abdominal (AAA) que requiere cirugía o stent
- ₁ ₀ **15.** Procedimiento o cirugía para desbloquear vasos sanguíneos estrechos en el cuello (endarterectomía carotídea, angioplastia carotídea o stent carotídeo)
- ₁ ₀ **16.** Mala circulación sanguínea o algún procedimiento para desbloquear arterias estrechas en las piernas o los pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, EAP o gangrena). No incluye las venas varicosas.
- ₁ ₀ **17.** Coágulos de sangre en los pulmones (embolia pulmonar o EP)
- ₁ ₀ **18.** Coágulos de sangre en las venas de las piernas (trombosis venosa profunda o TVP)
- ₁ ₀ **19.** Fibrilación auricular, aleteo auricular o latidos cardíacos irregulares que requieren medicamentos O un procedimiento (como una descarga eléctrica, cardioversión, ablación o cirugía).
- ₁ ₀ **20.** Procedimiento para desbloquear los vasos sanguíneos estrechos que van al corazón (abrir las arterias del corazón con un stent, globo, láser u otro dispositivo). También se denomina angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP), angioplastia o intervención coronaria percutánea (ICP)
- ₁ ₀ **21.** Otras afecciones cardíacas o de circulación. Especifique: _____

Proveedores para los nuevos problemas relacionados con un accidente cerebrovascular, el corazón y la circulación

Si marcó **Sí** en cualquiera de los ítems relacionados con el corazón o la circulación en las preguntas 9 a 21, complete la siguiente información sobre el proveedor de atención médica. De lo contrario, vaya a la pregunta 28 en la siguiente página.

22. Primer hospital o consultorio médico donde recibió el diagnóstico, el tratamiento o la admisión.

Nombre del centro: _____

Calle	Ciudad	Estado
-------	--------	--------

23. Fecha en que recibió el diagnóstico, el tratamiento o la admisión en un hospital:
(Estime si no está segura.)

____ - ____ - ____
Mes Día Año

23.1 Para qué afección: _____

24. ¿Fue hospitalizada? Sí No → **Vaya a la pregunta 25.**

24.1 ¿Cuántas noches? ____ Noches (escriba "0" si no se incluyeron noches)

25. Segundo hospital o consultorio médico donde recibió el diagnóstico, el tratamiento o la admisión.

Nombre del centro: _____

Calle	Ciudad	Estado
-------	--------	--------

26. Fecha en que recibió el diagnóstico, el tratamiento o la admisión en un hospital:
(Estime si no está segura.)

____ - ____ - ____
Mes Día Año

26.1 Para qué afección _____

27. ¿Fue hospitalizada? Sí No → **Vaya a la pregunta 28 en la siguiente página.**

27.1 ¿Cuántas noches? ____ Noches (escriba "0" si no se incluyeron noches)

Registre cualquier información adicional sobre el proveedor en la sección Comentarios al final de este formulario; luego, continúe a la siguiente página.

Nuevo cáncer, crecimiento maligno o tumor

28. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho que tiene un tipo de cáncer, un tumor maligno o un tumor nuevo? No incluya tumores benignos.

₁ Sí ₀ No → Vaya a la pregunta 29 en la página 7.



28.1 ¿Qué tipo de cáncer nuevo? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ₁ Mama | <input type="radio"/> ₁₃ Riñón |
| <input type="radio"/> ₂ Ovario | <input type="radio"/> ₁₄ Leucemia |
| <input type="radio"/> ₃ Endometrio (revestimiento del útero o matriz) | <input type="radio"/> ₁₅ Hígado |
| <input type="radio"/> ₄ Cuello del útero | <input type="radio"/> ₁₆ Pulmón |
| <input type="radio"/> ₅ Otros órganos genitales femeninos (no ovario, endometrio ni cuello del útero) | <input type="radio"/> ₁₇ Melanoma |
| <input type="radio"/> ₆ Colon o recto | <input type="radio"/> ₁₈ Mieloma múltiple |
| <input type="radio"/> ₇ Vejiga o vías urinarias | <input type="radio"/> ₁₉ Páncreas |
| <input type="radio"/> ₈ Cerebro | <input type="radio"/> ₂₀ Cáncer de piel (no incluya melanoma) |
| <input type="radio"/> ₉ Esófago | <input type="radio"/> ₂₁ Estómago |
| <input type="radio"/> ₁₀ Vesícula biliar o vías biliares | <input type="radio"/> ₂₂ Tiroides |
| <input type="radio"/> ₁₁ Linfoma de Hodgkin | <input type="radio"/> ₈₈ Otro tipo de cáncer o un tipo de cáncer desconocido. |
| <input type="radio"/> ₁₂ Linfoma no Hodgkin | Especifique: _____ |
| | _____ |
| | _____ |

Complete la información de diagnóstico del primer cáncer nuevo.

28.2 ¿Cuándo le diagnosticaron este cancer (Estime si no está segura)?

____ - ____ - ____
Mes Día Año

28.3 ¿Quién fue el médico u otro proveedor de atención médica que diagnosticó este cáncer y en qué centro se diagnosticó por primera vez este cáncer?

Nombre del médico o proveedor: _____

Nombre del centro: _____

Calle

Ciudad

Estado

28.4 ¿Cuál es el nombre de su oncólogo? _____

Nuevo cáncer, crecimiento maligno o tumor (continuación)

28.5 ¿Se realizó una radiografía o una exploración por imágenes (tomografía computarizada [TC], imágenes por resonancia magnética [IRM], mamografía, gammagrafía ósea o tomografía por emisión de positrones [TEP]) ambulatorias para diagnosticar el cáncer?

₁ Sí ₀ No → **Vaya a la pregunta 28.8.**

28.6 Nombre del centro: _____

Calle

Ciudad

Estado

28.7 Fecha de la radiografía o la exploración (estime si no está segura): _____ - _____ - _____

Mes Día Año

Cirugías relacionadas con el cáncer para el primer cáncer nuevo.

28.8 Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿se ha sometido a alguna cirugía relacionada con el cáncer después del diagnóstico del primer cáncer?

₁ Sí ₀ No →



28.9 Si la respuesta es No, ¿hay alguna cirugía prevista?

₁ Sí ₀ No } **Vaya a la pregunta 29 en la siguiente página.**

Desde la fecha que aparece al frente de este formulario:

28.10 Cantidad de cirugías relacionadas con el cáncer a las que se sometió:

28.11 ¿En qué centro se realizó esta primera cirugía relacionada con el cáncer?

Nombre del centro: _____

Calle

Ciudad

Estado

28.12 Fecha de la primera cirugía relacionada con el cáncer
(Estime si no está segura): _____ - _____ - _____

Mes Día Año

Registre cualquier información adicional sobre el proveedor en la sección Comentarios al final de este formulario; luego, continúe a la siguiente página.

Nueva quebradura, fractura o nuevo aplastamiento de huesos

29. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho que tiene una nueva quebradura, fractura o nuevo aplastamiento de la cadera o la parte superior de la pierna?

₁ Sí ₀ No → Vaya a la pregunta 30 en la siguiente página.



29.1 ¿Qué hueso(s) se quebró, fracturó o aplastó? Marque todas las opciones que correspondan.

₁ Cadera ₂ Parte superior de la pierna (sin contar la cadera)

29.2 ¿Se diagnosticó o trató por primera vez esta quebradura, fractura o aplastamiento del hueso de la cadera o del hueso de la parte superior de la pierna durante una estadía en el hospital?

₁ Sí ₀ No → Vaya a la pregunta 29.6.



29.3 ¿En qué hospital o centro médico le diagnosticaron la quebradura, la fractura o el aplastamiento del hueso de la cadera o del hueso de la parte superior de la pierna, o recibió tratamiento para estos?

Nombre del centro: _____

Calle

Ciudad

Estado

29.4 Fecha que ingresó en el hospital (Estime si no está segura): - -
Mes Día Año

29.5 ¿Pasó la noche? ₁ Sí ₀ No

29.6 ¿Se realizó una radiografía o una exploración por imágenes (TC o IRM) ambulatorias para diagnosticar la quebradura, la fractura o el aplastamiento del hueso de la cadera o del hueso de la parte superior de la pierna en un centro que no informó anteriormente?

₁ Sí ₀ No → Vaya a la pregunta 30 en la siguiente página.



Vaya a la pregunta 29.7.

29.7 ¿En qué hospital o centro médico le diagnosticaron la quebradura, la fractura o el aplastamiento del hueso de la cadera o del hueso de la parte superior de la pierna, o recibió tratamiento para estos?

Nombre del centro: _____

29.8 Fecha de la radiografía u otra exploración por imágenes (TC o IRM) (Estime si no está segura): _____ - _____ - _____
 Mes Día Año

30. Desde la fecha que aparece al frente de este formulario, ¿algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho que tiene una nueva quebradura, fractura o aplastamiento de un **hueso diferente** al hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna?

₁ Sí ₀ No



30.1 ¿Qué hueso(s) se quebró, fracturó o aplastó? **Marque todas las opciones que correspondan.**

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> ₁ Pelvis | <input type="radio"/> ₈ Codo |
| <input type="radio"/> ₂ Rodilla (rótula) | <input type="radio"/> ₉ Antebrazo o muñeca |
| <input type="radio"/> ₃ Parte inferior de la pierna o tobillo | <input type="radio"/> ₁₀ Mano (no dedo) |
| <input type="radio"/> ₄ Pie (no dedo del pie) | <input type="radio"/> ₁₁ Dedo o dedo del pie |
| <input type="radio"/> ₅ Rabadilla (cóccix) | <input type="radio"/> ₁₂ Mandíbula, nariz, cara y/o cráneo |
| <input type="radio"/> ₆ Columna vertebral o espalda
(vértebra) | <input type="radio"/> ₁₃ Costillas y/o hueso del pecho |
| <input type="radio"/> ₇ Parte superior del brazo u hombro | <input type="radio"/> ₈₈ Otra fractura que no figura en la lista
Especifique: _____
_____ |

Instrucciones finales

Tómese un momento para revisar cualquier pregunta que se haya saltado. No dude en escribir cualquier comentario en la sección Comentarios a continuación.

Es posible que reciba una llamada de seguimiento para aclarar sus respuestas en este formulario.

Por favor firme el formulario adjunto de autorización para la divulgación de registros médicos y devuelva ambos formularios en el sobre con franqueo pagado.

