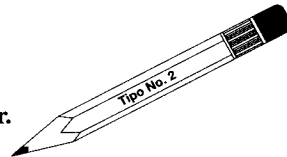


Formulario 33S - Actualización del Historial Clínico

INSTRUCCIONES SOBRE COMO RESPONDER

- Solamente utilice un lápiz tipo No. 2.
- Marque completamente negro el óvalo que pertenece a la respuesta que Ud. elige.
- Borre completamente cualquier repuesta que desea cambiar.
- No haga marcas o rayas adicionales en este formulario.



CORRECTA



MARCAS INCORRECTAS



Este formulario le pregunta sobre cualquier problema de la salud y el cuidado de su salud desde:

_____	,	-20	_____
mes			año
_	_	_	_
mes	día		año

No informe sobre estancias en el hospital, ni problemas ni exámenes médicos que hayan ocurrido antes de esta fecha. Sin embargo, si no está segura de la fecha y no cree que nos haya avisado del problema antes, favor de contestar las siguientes preguntas sobre ese problema.

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 5 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 requiere 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 Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

**PARA USO EXCLUSIVO
DE LA OFICINA**

S _____

1. Date Received:

_	_	_
Month	Day	Year

M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
	10	20	30											
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
Y	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07

2. Reviewed By:

_	_	_
---	---	---

100	200	300												
10	20	30	40	50	60	70	80	90						
1	2	3	4	5	6	7	8	9						

3. Contact Type:

- 1 Phone
- 2 Mail
- 3 Visit
- 8 Other

4. Visit Type:

- 2 Semi-Annual 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
- 3 Annual 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
- 4 Non-Routine 12

5. Form Administration:

- 1 Self
- 2 Group
- 3 Interview
- 4 Assistance

6. Language:

- 1 E
- S

AFFIX LABEL BETWEEN LINES
BAR CODE HERE



Por favor, no haga ninguna marca en esta area.

145551

1. Primero, díganos quién completa este formulario:

- ¹ Participante de la WHI (Mujer y Su Salud) (usted misma)
- ² Amigo(a) o pariente de alguna participante de la WHI
- ³ Proveedor de cuidados médicos de la participante de la WHI
- ⁸ Otro (**Especifíquelo**): _____

Favor de contestar las siguientes preguntas que corresponden a la participante del WHI.

2. Desde la fecha citada en la portada da este formulario, ¿se ha desmayado o ha perdido el conocimiento?

- ⁰ No
- ¹ Sí

3. Desde la fecha citada en la portada da este formulario, ¿cuántas veces se ha caído al suelo? (**No incluya las caídas debidas a actividades deportivas tales como el esquí acuático o alpino, o la equitación.**)

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

4. Desde la fecha citada en la portada da este formulario, ¿ha estado ingresada en el hospital por una noche? (**No incluya cirugía de día o visitas a la sala de emergencias.**)

- ⁰ No
- ¹ Sí

4.1. ¿Cuál fue la razón? (**Marque todas las que correspondan.**)

- ¹ Problemas del corazón o de la circulación sanguínea
 - ² Ataque de apoplejía o ataque isquémico transitorio (TIA)
 - ³ Hueso quebrado, aplastado o fracturado
 - ⁴ Cáncer u otro tumor maligno
 - ⁸ Otras razones (**Especifíquelas**): _____
- _____
- _____

5. Desde la fecha citada en la portada da este formulario, ¿ha sido tratada en una sala de emergencia ha tenido alguna cirugía de día, o ha tenido alguna cita como paciente no hospitalizada?

- ⁰ No
- ¹ Sí

5.1. ¿Cuál fue la razón? (**Marque todas las que correspondan.**)

- ¹ Problemas del corazón o de la circulación sanguínea
 - ² Ataque de apoplejía o ataque isquémico transitorio (TIA)
 - ³ Hueso quebrado, aplastado o fracturado
 - ⁴ Cáncer u otro tumor maligno
 - ⁸ Otras razones (**Especifíquelas**): _____
- _____
- _____

6. ¿Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado el médico de que por primera vez usted tiene alguno de los siguientes males específicos?:

0 No

1 Sí

6.1. ¿Un **nuevo** hueso aplastado quebrado o fracturado?

- 1 Mandíbula, nariz, cara, y/o cráneo
- 2 Dedo del pie o de la mano
- 3 Costilla y/o esternón (hueso) del pecho
- 8 Otra quebradura de hueso

7. ¿Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado el médico de que por primera vez usted tiene alguno de los siguientes males específicos?:

0 No

1 Sí

7.1. ¿Un **nuevo** tumor maligno o cáncer?

- 1 Piel (sin contar la melanoma)
- 8 Otro cáncer o tumor maligno

8. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado el médico de que por primera vez que usted tiene cualquiera de las siguientes condiciones específicas? (Marque todas las que correspondan. Si no corresponde ninguna, marque "Ninguna de estas.")

- 1 Glaucoma
- 2 Osteoporosis (huesos débiles, finos o frágiles)
- 3 Osteoartritis o la artritis asociada con la vejez
- 4 Artritis reumatoide (que no incluya al reumatismo)
- 5 Pólipos o adenomas del intestino o colon
- 6 Enfermedad de la vesícula biliar o cálculos biliares
- 7 Lupus eritematoso sistémico ("lupus")
- 8 Piedras en los riñones o en la vejiga (cálculo renal o urinaria)
- 10 Cataratas
- 9 **Ninguna de estas**

9. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha recetado algún médico, por primera vez, alguno de los siguientes tratamientos o píldoras? (Marque todos los que corresponden. Si no corresponde, marque "Ninguno de estos.")

- 1 Píldoras para la diabetes
- 2 Inyecciones de insulina para la diabetes
- 3 Píldoras para la hipertensión o alta presión sanguínea
- 9 **Ninguno de estos**

→
Pase a la siguiente página

10. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿cuáles de los siguientes análisis, exámenes o procedimientos le han sido administrados por algún médico o enfermera en algún otro sitio distinto de la Clínica de la Mujer y Su Salud? (**Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "No."**)

General

- 1 Análisis o chequeo físico
- 2 Examen óptico

Seno

- 11 Examen del seno
- 12 Mamograma
- 13 Examen de los tejidos o fluidos del seno en busca de enfermedad (Biopsia o aspiración del seno)

Intestinos

- 14 Examen del recto
- 15 Análisis para la presencia de sangre en los heces ("Hemoccult," guayaco bacteriológico)
- 16 Tubo introducido en el recto en busca de problemas intestinales (Sigmoidoscopia, sigmoidoscopia flexible o colonoscopia)
- 17 Rayos-x a base de un enema de bario

Corazón y Circulación Sanguínea

- 3 Revisión de la presión sanguínea
- 4 Examen del colesterol sanguíneo
- 5 Electrocardiograma (ECG)
- 6 Procedimiento para desobstruir los vasos sanguíneos que conducen al músculo cardíaco (apertura de las arterias cardíacas con un globito u otro dispositivo, a veces llamado PTCA, angioplastia coronaria, o válvula estenótica coronaria)
- 18 Inyecciones en su casa para coágulos en las piernas, y medicamentos para diluir la sangre (tal como *Coumadin* o *Warfarin*).

Procedimientos femeninos

- 7 Prueba de Papanicolau
- 8 Dilatación y Legrado (raspado del interior del útero o matriz)
- 9 Biopsia endométrica
- 10 Extirpación del útero o matriz (Histerectomía)

99 No, nunca me han hecho ninguno de los análisis, exámenes o procedimientos que aparecen arriba.

11. ¿En qué fecha completó usted este formulario?

Month		Day		Year							

	M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
		10	20	30											
	D	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
	Y	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07

Gracias. Favor de tomar un momento para repasar cualquier pregunta que se haya omitido.

* U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2003-589-322/40017



145551

Por favor, no haga ninguna marca en esta area.