



1. Primero, díganos quién completa este formulario:

- 1 Participante del Estudio de Extensión de La Mujer y su Salud (WHI) (usted misma)  
 2 Familiar o amigo(a) de la participante del Estudio de Extensión de la WHI  
 3 Proveedor de cuidados médicos de la participante del Estudio de Extensión de la WHI  
 8 Otro (**especifíquelo**): \_\_\_\_\_

2. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha estado ingresada en un hospital para una permanencia de **2 noches o más**?

- 0 No                       1 Sí

3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han **diagnosticado o recibió tratamiento** por problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechos, apoplejías u otros problemas de circulación sanguínea (por ejemplo, coágulos de sangre en las piernas o en los pulmones)?

- 0 No                      → Pase a la Pregunta 4 de la página siguiente.  
 1 Sí

3.1. ¿Para cuáles de los problemas cardíacos o de circulación recibió un diagnóstico o tratamiento?  
**(Marque todas las que correspondan.)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> 1 Ataque cardíaco (coronario, infarto de miocardio o myocardial infarction, MI)   | <input type="radio"/> 7 Ataque isquémico transitorio (transient ischemic attack, TIA)   |
| <input type="radio"/> 2 Insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva o congestive heart failure, CHF)  | <input type="radio"/> 8 Procedimiento u operación para desobstruir vasos sanguíneos estrechos en el <u>cuello</u> (endarterectomía de carótida, angioplastia de carótida o endoprótesis de carótida)    |
| <input type="radio"/> 3 Dolor en el pecho por un problema cardíaco (angina)   | <input type="radio"/> 9 Coágulos de sangre en las piernas (trombosis de vena profunda o deep vein thrombosis, DVT)  |
| <input type="radio"/> 4 Operación de bypass cardíaco (cirugía de bypass coronario o coronary bypass surgery, CABG)  | <input type="radio"/> 10 Coágulos de sangre en los pulmones (embolia pulmonar o pulmonary embolism, PE)   |
| <input type="radio"/> 5 Procedimiento para desobstruir vasos estrechos hacia el <u>corazón</u> (apertura de las arterias cardíacas con un globo u otro dispositivo, a veces llamado PTCA, angioplastia coronaria, endoprótesis coronaria o láser) | <input type="radio"/> 11 Circulación sanguínea deficiente o vasos sanguíneos estrechos u obstruidos hacia las piernas o pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, gangrena, o mal de Buerger) |
| <input type="radio"/> 6 Apoplejía   | <input type="radio"/> 88 Otros problemas de corazón o circulación   |

3.2. Para cualquiera de las opciones marcadas arriba, ¿fue hospitalizado(a) durante al menos 1 noche?

- 0 No                       1 Sí

4. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado un doctor, por primera vez, que tiene un nuevo cáncer o tumor maligno?

0 No       1 Sí

4.1. ¿Qué tipo de cáncer? (**Marque todos los que correspondan.**)

- 1 Cáncer de piel (sin contar el melanoma)  
 8 Otro tipo de cáncer o tumor maligno

5. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado el médico, por primera vez, que tiene un nuevo hueso quebrado, fracturado, o aplastado?

0 No       1 Sí

5.1. ¿Qué hueso o huesos se quebró, aplastó, o fracturó?  
**(Marque todas las que correspondan.)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1 Cadera                                 | <input type="radio"/> 10 Mano (sin contar los dedos)          |
| <input type="radio"/> 2 Pierna superior (sin contar la cadera) | <input type="radio"/> 11 Codo                                 |
| <input type="radio"/> 3 Pelvis                                 | <input type="radio"/> 12 Brazo superior u hombro              |
| <input type="radio"/> 4 Rodilla (rótula)                       | <input type="radio"/> 13 Mandíbula, nariz, rostro o cráneo    |
| <input type="radio"/> 5 Pierna inferior o tobillo              | <input type="radio"/> 14 Dedo de la mano o el pie             |
| <input type="radio"/> 6 Pie (sin contar los dedos)             | <input type="radio"/> 15 Costillas o hueso del tórax o pecho  |
| <input type="radio"/> 7 Hueso de la cola (cóccix)              | <input type="radio"/> 16 Columna cervical/cuello              |
| <input type="radio"/> 8 Columna o espalda (vértebra)           | <input type="radio"/> 88 Otro ( <b>especifíquelo</b> ): _____ |
| <input type="radio"/> 9 Brazo inferior o muñeca                | _____   |

6. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha recetado algún médico, por primera vez, alguna de las siguientes píldoras o tratamientos? (**Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque “Ninguno(a).”**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1 Píldoras para la diabetes  | <input type="radio"/> 7 Píldoras para la osteoporosis que no sean suplementos de calcio  |
| <input type="radio"/> 2 Inyecciones de insulina para la diabetes                           | <input type="radio"/> 8 Suplementos de calcio para la osteoporosis   |
| <input type="radio"/> 3 Dieta o actividad física para la diabetes                          | <input type="radio"/> 9 Píldoras para el colesterol alto   |
| <input type="radio"/> 4 Píldoras para la presión arterial alta o hipertensión              | <input type="radio"/> 10 Píldoras de estrógenos o combinación de estrógenos  |
| <input type="radio"/> 5 Tratamiento para la depresión (píldoras o terapia)                 | <input type="radio"/> 99 <b>Ninguno(a)</b><br>No me han recetado ninguna de las píldoras o tratamientos que se indican en cualquiera de las columnas de la Pregunta 6 desde la fecha que aparece en la portada del formulario. |
| <input type="radio"/> 6 Tratamiento para la ansiedad, pánico, o fobia (píldoras o terapia) |  |

**Pase a la siguiente página** →

7. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado un médico, por primera vez, que tiene alguna de las siguientes condiciones específicas? (Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "Ninguno(a).")

- 1 Osteoartritis o artritis asociadas con el envejecimiento
2 Pólipos o adenomas del intestino o colon
3 Lupus eritematoso sistémico (lupus)
4 Degeneración macular
5 Mal de Parkinson
6 Problemas de memoria moderados o severos (por ejemplo, demencia o mal de Alzheimer)
99 Ninguno(a) No he tenido ninguna de las afecciones que se enumeran en la Pregunta 7 desde la fecha que aparece en la portada del formulario.

8. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿cuáles de los siguientes exámenes, análisis, o procedimientos le realizó un médico o enfermera? (Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "Ninguno(a).")

- 1 Exámen del seno
2 Mamograma
3 Exámen de los tejidos o fluidos del seno para detectar alguna enfermedad (biopsia o aspiración del seno)
4 Otros exámenes del seno tales como MRI o ultrasonido
5 Examen rectal
6 Análisis para detectar la presencia de sangre en las heces o movimientos intestinales (hemocult, guayaco bacteriológico)
7 Tubo introducido en el recto para detectar problemas intestinales (sigmoidoscopia, sigmoidoscopia flexible, o colonoscopia)
8 Rayos X a base de un enema de bario
9 Dilatación y Legrado (D & C, raspado del interior del útero o matriz)
10 Extirpación del útero o matriz (histerectomía)
11 Biopsia endométrica
12 Barrido de densidad ósea (por ej., DEXA)
99 Ninguno(a) Nunca me han hecho ninguno de los exámenes, análisis, o procedimientos que se enumeran en cualquiera de las columnas de la Pregunta 8 desde la fecha citada en la portada de este formulario.

9. ¿En qué fecha completó usted este formulario? (Escriba la fecha en el espacio provisto y marque las burbujas correspondientes abajo.)

Form fields for month, day, and year with dashed lines.

Por favor marque solamente un círculo por línea.

Marking bubbles for Month (1-12), Day (1-31), and Year (05-10).

Use este espacio si tiene información adicional en cuanto a sus respuestas en este formulario:

Large empty box for additional information with horizontal lines.

Serial number marking bubbles.

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area.