

Date received: <input type="text" value="___-___-___"/> (M/D/Y) Reviewed by: <input type="text" value="___-___-___"/>	- Affix label here- Participant ID: _____ - _____ - ____ First Name _____ M.I. _____ Last Name _____
Contact type: <input type="checkbox"/> ₁ Phone <input type="checkbox"/> ₂ Mail <input type="checkbox"/> ₈ Other	Visit Type: <input type="checkbox"/> ₃ Annual <input type="checkbox"/> ₄ Non-Routine
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, colectando 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 requerirá 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.

En el Formulario 33S - Actualización del Historial Clínico, usted indicó que ha tenido algunos problemas médicos sobre los cuales es importante que nos informe en más detalle.

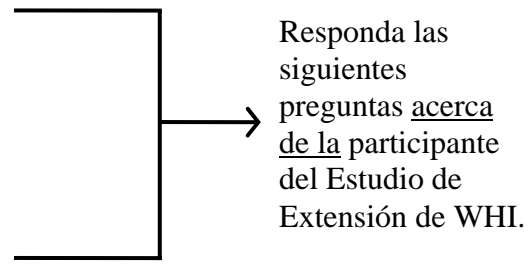
Este formulario incluye preguntas acerca de las estadías en el hospital, problemas médicos, y exámenes médicos que hayan tenido lugar desde:

_____ de **20** _____
 mes día año

No informe sobre estadías en el hospital, problemas médicos, ni exámenes que hayan tenido lugar antes de esta fecha. Sin embargo, si no está segura de la fecha y cree que no nos ha informado del problema anteriormente, responda las siguientes preguntas sobre ese problema.

1. En primer lugar, díganos quién completa este formulario:

- ₁ Participante del Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud (WHI) (usted misma)
- ₂ Familiar o amigo de la participante del Estudio de Extensión de WHI
- ₃ Proveedor de cuidados de la salud de la participante del Estudio de Extensión de WHI
- ₈ Otro (**Especifique**): _____



Información sobre el hueso de la cadera quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento

2. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿algún médico le ha informado que tenía un hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

₁ Sí ₀ No **Pase a la Pregunta 3 en la siguiente página.**



- 2.1 ¿Dónde fue la fractura? (Marque todas las que correspondan.)

₁ Cadera

₂ Parte superior de la pierna

- 2.2. ¿Este hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento fue diagnosticado o tratado por primera vez durante una estadía en el hospital?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 2.6 a continuación.**

- 2.3. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del centro médico donde recibió tratamiento para el hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID _ _ _ _

- 2.4. Fecha en la que ingresó en el hospital: |_|_| - |_|_| - |_|_|
 mes día año

- 2.5. Fecha en la que salió del hospital: |_|_| - |_|_| - |_|_|
 mes día año

- 2.6. ¿Le realizaron una radiografía o un estudio de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética) para diagnosticar el hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 3 en la siguiente página.**



- 2.7. ¿Dónde le realizaron la radiografía o el estudio de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética)?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID _ _ _ _
Do not key enter if identical to provider ID in 2.3

- 2.8. ¿En qué fecha realizó la visita? (Si tuvo más de una visita, proporcione la fecha de la primera visita). |_|_| - |_|_| - |_|_|
 mes día año

Información sobre nuevos cánceres o tumores malignos

3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿algún médico le ha informado que tiene un nuevo cáncer o tumor maligno? (**No incluya los cánceres ni los tumores benignos diagnosticados por primera vez antes de la fecha que figura en la portada de este formulario**).

₁ Sí ₀ No → Pase a la Pregunta 4 en la página 5.



3.1. ¿Qué tipo de cáncer o tumor maligno era? (**Marque todas las opciones que correspondan.**)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Del seno | <input type="checkbox"/> ₉ Hepático |
| <input type="checkbox"/> ₂ De ovario | <input type="checkbox"/> ₁₀ De hueso |
| <input type="checkbox"/> ₃ Del endometrio (recubrimiento del útero) | <input type="checkbox"/> ₁₁ Linfoma o enfermedad de Hodgkin |
| <input type="checkbox"/> ₄ Cuello uterino (abertura del útero o matriz) | <input type="checkbox"/> ₁₂ Leucemia |
| <input type="checkbox"/> ₅ Colon, recto, o intestino | <input type="checkbox"/> ₁₃ Meningioma |
| <input type="checkbox"/> ₆ Cáncer de piel (sin incluir el melanoma) | <input type="checkbox"/> ₈₈ Otro tipo de cáncer o tumor maligno |
| <input type="checkbox"/> ₇ Melanoma | (Especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> ₈ De pulmón | _____ |

Si marcó más de un nuevo cáncer o tumor maligno, escriba a continuación la información del proveedor médico correspondiente al primer cáncer para el que recibió tratamiento.

Si recibió tratamiento para otros cánceres en otros centros médicos, incluya la información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

- 3.2. ¿Este cáncer o tumor maligno fue diagnosticado o tratado durante una estadía en el hospital de una o más noches?

₁ Sí ₀ No → Pase a la Pregunta 3.6 en la siguiente página.



3.3. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se conservan sus registros médicos del cáncer?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

_____ Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID

3.4. Fecha en la que ingresó en el hospital: - -
mes día año

3.5. Fecha en la que salió del hospital: - -
mes día año

3.6. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer o tumor maligno por primera vez?

____ - ____ - ____
mes día año

3.7. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde le diagnosticaron el cáncer o tumor maligno por primera vez?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo
de la Oficina

Provider ID

____ - ____ - ____

Do not key enter if
identical to
provider ID in 3.3

3.8. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se realizaron otros exámenes o procedimientos relacionados con su cáncer o tumor maligno?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo
de la Oficina

Provider ID

____ - ____ - ____

Do not key enter if
identical to
provider ID in
3.3 or 3.7

Información sobre histerectomía

4. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han realizado una histerectomía (operación para extraer el útero o la matriz)?

₁ Sí ₀ No → Pase a la Pregunta 5 en la siguiente página.



4.1. ¿En qué fecha se realizó la operación? |_|_| - |_|_| - |_|_|
mes día año

4.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se realizó la operación?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID
_ _ _

4.3. ¿Cuál es el nombre del médico que realizó la operación?

Nombre del médico: _____
Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID
_ _ _
Do not key enter if identical to provider ID in 4.2

Información sobre problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones, otros problemas de circulación sanguínea u operaciones o procedimientos relacionados.

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

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 9 en la página 10.**



- 5.1. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿este problema cardíaco, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía u otro problema de circulación (por ejemplo, coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones) fue diagnosticado o tratado durante una estadía en el hospital de **una o más noches**?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 6 en la página 8.**



- 5.2. ¿Por cuáles de los siguientes problemas o procedimientos cardíacos o de circulación fue admitida? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Ataque cardíaco (coronario, infarto de miocardio o MI) | <input type="checkbox"/> ₅ Ataque de apoplejía |
| <input type="checkbox"/> ₂ Operación de derivación cardíaca (cirugía de derivación coronaria, o CABG) | <input type="checkbox"/> ₆ Coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis venosa profunda o DVT) |
| <input type="checkbox"/> ₃ Procedimiento para desobstruir vasos estrechados que se dirigen al <u>corazón</u> (apertura de las arterias del corazón con un balón u otro dispositivo, algunas veces llamada PTCA, angioplastia coronaria, stent coronario, o láser) | <input type="checkbox"/> ₇ Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar o PE) |
| <input type="checkbox"/> ₄ Procedimiento u operación para desobstruir vasos sanguíneos estrechados del <u>cuello</u> (endarterectomía carotídea, angioplastia carotídea, o stent carotídeo) | <input type="checkbox"/> ₈ Mala circulación sanguínea, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados que se dirigen a las piernas o los pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, gangrena, o enfermedad de Buerger) |
| | <input type="checkbox"/> ₉ Insuficiencia cardíaca (congestiva o CHF) |
| | <input type="checkbox"/> ₈₈ Otros problemas cardíacos o de circulación |

Pase a la siguiente página.

Proporcione los detalles de las dos primeras estadías en el hospital en el que la admitieron por problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas (DVT) o los pulmones (PE) o por otros problemas de circulación sanguínea, desde la fecha citada en la portada de este formulario.

Incluya información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

5.3. Primera estadía en el hospital de una o más noches por problemas o procedimientos cardíacos o de circulación.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

 Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina					
Provider ID					
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					

5.4. Fecha en la que ingresó en el hospital:

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 mes día año

5.5. Fecha en la que salió del hospital:

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 mes día año

5.6. Segunda estadía en el hospital de una o más noches por problemas o procedimientos cardíacos o de circulación.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

 Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina					
Provider ID					
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					

5.7. Fecha en la que ingresó en el hospital:

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 mes día año

5.8. Fecha en la que salió del hospital:

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--

 mes día año

**Problemas cardíacos, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas (DVT)
(Pacientes ambulatorios)**

6. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿alguna vez algún médico o enfermero le ha aplicado inyecciones en el hogar o como paciente ambulatorio (seguidas normalmente de píldoras que diluyen la sangre, como el Coumadin o la warfarina) para tratar coágulos sanguíneos en las piernas, afección que se conoce como trombosis venosa profunda o DVT?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**



<p>6.1. ¿En qué fecha comenzaron las inyecciones (como Lovenox, Arixtra, o heparina)?</p> <p align="center"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> mes día año </p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;">Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Para Uso Exclusivo de la Oficina				
Provider ID				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
<p>6.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del médico que le brindó tratamiento para los coágulos sanguíneos en las piernas?</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p align="center"> Ciudad Estado Código postal </p> <p>Número de teléfono: () _____</p>				

- 6.3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿alguna vez le han realizado exámenes ambulatorios para determinar la presencia de coágulos sanguíneos en las piernas (afección que se conoce como trombosis venosa profunda o DVT)?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**



<p>6.4. ¿En qué fecha se realizó el examen?</p> <p align="center"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> mes día año </p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;">Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td align="center" style="padding: 2px;">Do not key enter if identical to provider ID in 6.2</td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Do not key enter if identical to provider ID in 6.2
Para Uso Exclusivo de la Oficina					
Provider ID					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Do not key enter if identical to provider ID in 6.2					
<p>6.5. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde le realizaron el examen ambulatorio para determinar la presencia de coágulos sanguíneos en las piernas?</p> <p>Nombre del lugar: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p align="center"> Ciudad Estado Código postal </p> <p>Número de teléfono: () _____</p>					

7. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han diagnosticado un ataque de apoplejía o recibió tratamiento como **paciente ambulatorio** por un ataque de apoplejía?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 8 a continuación.**



7.1. ¿En qué fecha le diagnosticaron la afección o recibió tratamiento?	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>mes</td><td>día</td><td>año</td> </tr> </table>				mes	día	año						
mes	día	año											
7.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde le diagnosticaron el ataque de apoplejía o recibió tratamiento por un ataque de apoplejía por primera vez?													
Nombre del lugar: _____													
Dirección: _____													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td><td>Estado</td><td>Código postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Código postal	<table border="1"> <tr> <td>Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td>Provider ID</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID				
Ciudad	Estado	Código postal											
Para Uso Exclusivo de la Oficina													
Provider ID													
Número de teléfono: () _____													

8. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han realizado un **procedimiento ambulatorio o una cirugía de día** para desbloquear vasos estrechados que se dirigen a su corazón (apertura de las arterias del corazón con un balón u otro dispositivo, a veces llamada PTCA, angioplastia coronaria, stent coronario, o láser)?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 9 en la siguiente página.**



8.1. ¿En qué fecha se realizó el procedimiento o la cirugía?	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>mes</td><td>día</td><td>año</td> </tr> </table>				mes	día	año						
mes	día	año											
8.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde se realizó el procedimiento o la cirugía?													
Nombre del lugar: _____													
Dirección: _____													
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td><td>Estado</td><td>Código postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Código postal	<table border="1"> <tr> <td>Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td>Provider ID</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID				
Ciudad	Estado	Código postal											
Para Uso Exclusivo de la Oficina													
Provider ID													
Número de teléfono: () _____													

Estadía en el Hospital de Dos o Más Noches y Que Aún No se ha Informada en este Formulario.

9. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha sido admitida en el hospital por **dos o más noches**? (No incluya una estadía de una noche que ya haya informado en este formulario.)

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 10 en la última página.**



Proporcione detalles de las tres primeras estadías en el hospital en las que haya sido admitida por dos o más noches, desde la fecha citada en la portada de este formulario.

Incluya información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

9.1. Primera estadía en el hospital de dos o más noches.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina				
Provider ID <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>				

9.2. Fecha en la que **ingresó** en el hospital: / /
 mes día año

9.3. Fecha en la que **salió** del hospital: / /
 mes día año

9.4. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- ₁ Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés
- ₂ Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar
- ₃ Cirugía de cataratas
- ₄ Reparación o reemplazo articular
- ₈₈ Otras razones: **(Especifique)** _____

9.5. ₅

For Office Use Only

9.6. Segunda estadía en el hospital de **dos o más noches**.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID

9.7. Fecha en la que ingresó en el hospital:

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

mes día año

9.8. Fecha en la que salió del hospital:

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

mes día año

9.9. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- ₁ Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés
- ₂ Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar
- ₃ Cirugía de cataratas
- ₄ Reparación o reemplazo articular
- ₈₈ Otras razones: **(Especifique)** _____

9.10. ₅

For Office Use Only

9.11. Tercera estadía en el hospital de **dos o más noches**.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID

9.12. Fecha en la que ingresó en el hospital:

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

mes día año

9.13. Fecha en la que salió del hospital:

--	--	--

 -

--	--	--

 -

--	--	--

mes día año

9.14. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- ₁ Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés
- ₂ Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar
- ₃ Cirugía de cataratas
- ₄ Reparación o reemplazo articular
- ₈₈ Otras razones: **(Especifique)** _____

9.15. ₅

For Office Use Only

10. ¿En qué fecha terminó de responder este formulario?

mes	-	día	-
		año	

Incluya comentarios e información adicional sobre el proveedor a continuación.

**Muchas gracias. Tómese unos minutos para verificar que no haya saltado ninguna pregunta.
No dude en incluir cualquier comentario en el espacio proporcionado más arriba.**