

Date Received: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y) Reviewed By: <input type="text"/>		- Affix label here - Clinical Center/ID: _____ - _____ - _____ First Name _____ M.I. _____ Last Name _____	
Contact Type: <input type="checkbox"/> ₁ Phone <input type="checkbox"/> ₂ Mail <input type="checkbox"/> ₃ Visit <input type="checkbox"/> ₈ Other	Visit Type: <input type="checkbox"/> ₂ Semi-Annual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₃ Annual # <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ₄ Non-Routine	Form Administration <input type="checkbox"/> ₁ Self <input type="checkbox"/> ₂ Group <input type="checkbox"/> ₃ Interview <input type="checkbox"/> ₄ Assistance	
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 requirere 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 33 - Actualización del Historial Clínico - usted indicó que ha tenido algún problema médico del cual es importante que nos informe en más detalle.

Este formulario le pregunta sobre las estadías en el hospital, problemas médicos y exámenes médicos que hayan pasado desde:

_____ , - 20_____

mes día año

No reporte de estancias en el hospital, ni problemas o 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 el problema:

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 respecto a la participante del WHI.

Información sobre Problemas Cardíacos, Vasos Sanguíneos Obstruidos o Angostos, y Problemas de Circulación

3. Desde la fecha que aparece al principio de este formulario, ¿le han hecho algún **tratamiento** debido a problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o angostos, o problemas de circulación sanguínea (por ejemplo, coágulos en las piernas o pulmones)? (No incluya embolias cerebrales o TIA que ya haya reportado en la pregunta número 2.)

₁ Sí ₀ No → Pase a la Pregunta 4 en la página 8.



- 3.1. ¿Ha pasado usted **la noche** en el hospital debido a problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o angostos, o problemas de la circulación? (No tome en cuenta tratamientos que no requirieron estancia en el hospital, ni tratamientos de emergencia o cirugía de día.)

₁ Sí ₀ No → Siga adelante a la Pregunta 3.3 en la página 6.

- 3.2. ¿Por cuál de estos problemas cardíacos o de circulación **pasó usted la noche en el hospital**? (Marque cada uno que corresponda.)

Problemas Cardíacos

- ₁ Dolor en el pecho debido a algún problema cardíaco (angina)
₂ Ataque al corazón (coronaria, infarto miocardio o MI)
₃ Insuficiencia cardíaca (congestiva o CHF)
₄ Catéter cardíaco (cateterización cardíaca)
₅ Operación baipás cardíaca (cirugía baipás coronaria o CABG)
₆ Procedimiento para abrir vasos sanguíneos angostos que van hacia el músculo cardíaco (PTCA, angioplastia coronaria, estenosis, o aterectomía)
₇ Otro problema cardíaco (**Sea específica**): _____

Problemas con Coágulos Sanguíneos

- ₁₂ Coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis de las venas profundas o DVT)
₁₃ Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar o PE)

Problemas de Circulación

- ₈ Procedimiento u operación para abrir los vasos sanguíneos angostos del cuello (endarterectomía carótida o angioplastia carótida)
₉ Circulación sanguínea deficiente o vasos sanguíneos obstruidos o angostos que van hacia las piernas o los pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, gangrena, o enfermedad de Buerger *Tromboangiítis Obliterante*)
₁₀ Amputación de parte de la pierna, incluyendo dedos de los pies, debido a la circulación sanguínea deficiente o a la gangrena
₁₁ Otros problemas de la circulación (**Sea específica**): _____

3.3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha recibido Ud. algún tratamiento como un **paciente no hospitalizado** o para alguna **cirugía de día** para abrir vasos sanguíneos obstruidos o angostos del corazón (reconocido como un *PTCA, angioplastia coronaria, estenosis, o atrectomía*)?

₁ Sí

₀ No → **Siga adelante a la Pregunta 3.4 en la siguiente página.**



3.3.1 ¿En qué fecha le hicieron dicho tratamiento?

____ - ____ - ____
mes día año

3.3.2 Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar en que Ud. recibió el tratamiento para abrir vasos sanguíneos angostos del corazón.

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo
de la Clínica

Provider ID

____ | ____ | ____ | ____

3.3.3 Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que le atendió sus vasos sanguíneos angostos del corazón.

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: () _____

Para Uso Exclusivo
de la Clínica

Provider ID

____ | ____ | ____ | ____

Do not key enter if
identical to
provider ID in 3.3.2

**Información sobre los Huesos Quebrados, Aplastados o Fracturados
(Con o Sin Ingreso en el Hospital)**

4. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha sido avisada por un médico de algún hueso quebrado, aplastado o fracturado?

₁ Sí ₀ No → **Pase a la Pregunta 5 en la página 10.**



- 4.1. ¿Qué huesos han sido quebrados, aplastados o fracturados? **(Favor de marcar todos los que correspondan.)**

₁ Cadera

₈ Espina o espalda (vértebra)

₂ Pierna superior (no cadera)

₉ Brazo inferior o muñeca

₃ Pelvis

₁₀ Mano (sin contar dedos)

₄ Rodilla (patela)

₁₁ Codo

₅ Pierna inferior o tobillo

₁₂ Brazo superior u hombro

₆ Pie (sin contar dedos del pie)

₈₈ Otro (**Especifíquelo**): _____

₇ Cóccix

- 4.2. ¿Cómo ocurrió la rotura, fractura o aplastamiento? **(Favor de marcar todos los que correspondan.)**

₁ Accidente de carro o un golpe por un carro

₄ Otra caída o tropiezo (por ejemplo, al caminar o levantarse de la cama)

₂ Una caída por la escalera

₅ Una actividad deportiva (por ejemplo, el esquí acuático o alpino, la equitación o el alpinismo)

₃ Una caída de un punto elevado (por ejemplo, de una escalera o silla)

₈ Otro (**Especifíquelo**): _____

4.3. ¿Fue diagnosticada o tratada esta rotura, aplastamiento o fractura durante alguna hospitalización de una noche ya mencionada en la Pregunta 2?

₀ No ₁ Sí → **Siga adelante a la Pregunta 4.4, más abajo.**



4.3.1 ¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del médico que la trató para esta fractura?

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: () _____

4.3.2 ¿En qué fecha fue su visita? **(Si tuvo más de una visita, dé la fecha de la primera visita.)**

- -
 mes día año

4.4. ¿Le tomaron rayos X o algún escán de imagen (MRI) para diagnosticar el hueso fracturado?

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



4.4.1 ¿Le tomaron los rayos X o el escán de imagen (MRI) en la misma instalación médica donde le hicieron el tratamiento para la fractura?

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

↓

4.4.2 ¿Dónde le tomaron los rayos X o el escán de imagen (MRI)?

Nombre del Lugar: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: () _____

4.4.3 ¿En qué fecha fue su visita? **(Si tuvo más de una vista, dé la fecha de la primera visita.)**

- -
 mes día año

Para Uso Exclusivo de la Clínica

Provider ID

|_|_|_|_|

Do not key enter if identical to provider ID in 4.3.1

Información sobre Cánceres o Tumores Malignos (Con o Sin Estadía en el Hospital)

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

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



- 5.1. ¿Qué clase de cáncer o tumor maligno era? **(Favor de marcar todos los que se correspondan.)**

₁ Seno

₈ Pulmón

₂ Ovario

₉ Hígado

₃ Endometrio

₁₀ Hueso

(membrana mucosa interior del útero o matriz)

₁₁ Linfoma o enfermedad de Hodgkin

₄ Cérvix (abertura del útero o matriz)

₁₂ Leucemia

₅ Colon, recto, intestino

₁₃ Meningioma (clase de cáncer cerebral)

₆ Piel (sin contar la melanoma)

₈₈ Otro cáncer o tumor maligno

₇ Melanoma

(Especifíquelo): _____

- 5.2. ¿Fue diagnosticado este cáncer o tumor maligno por primera vez durante alguna estancia en el hospital de una noche ya mencionado en la Pregunta 2?

₀ No ₁ Sí → **(Pase a la Pregunta 6 en la siguiente página.)**



- 5.3. ¿Cuál es la fecha en la que este cáncer o tumor fue diagnosticado por primera vez?

____ - ____ - ____
mes día año

- 5.4. ¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del lugar donde se guarda el historial médico sobre este cáncer?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____

Para Uso Exclusivo de la Clínica
Provider ID _____ _____ _____ _____ _____

- 5.5. ¿Cuál es el nombre del médico que ordenó los exámenes para diagnosticar este cáncer?

Nombre de médico: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono: (____) _____

Para Uso Exclusivo de la Clínica
Provider ID _____ _____ _____ _____ _____
Do not key enter if identical to provider ID in 5.4

Histerectomía

6. Desde la fecha que aparece en la portada de este formulario, ¿le han hecho una histerectomía (cirugía donde le quitan el útero o la matriz)?

Form with checkboxes for 'Sí' (Yes) and 'No', and an arrow pointing down from 'Sí'.

6.1. ¿Ha indicado Ud. en la Pregunta Número 2 que le hicieron la histerectomía en un hospital donde pasó la noche?
Form with checkboxes for 'No' and 'Sí', and an arrow pointing down from 'No'.

6.2. ¿Cuál fue la fecha de esta operación?
Form with fields for month, day, and year.

6.3. ¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono del lugar donde se realizó esta operación?
Form with fields for name, address, city, state, zip code, and phone number. Includes a 'Provider ID' box.

6.4. ¿Cuál es el nombre del médico que realizó la operación?
Form with fields for name, address, city, state, zip code, and phone number. Includes a 'Provider ID' box and a note: 'Do not key enter if identical to provider ID in 6.3'.

7. ¿En qué fecha completó usted este formulario?
Form with fields for month, day, and year.

