

Date Received: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)		- Affix label here-	
Reviewed By: <input type="text"/>		Clinical Center/ID: _____ - _____ - _____	
		First Name _____ M.I. _____	
		Last Name _____	
Contact Type:	<input type="checkbox"/> ₁ Phone	Visit Type:	<input type="checkbox"/> ₂ Semi-Annual # <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₂ Mail		<input type="checkbox"/> ₃ Annual # <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> ₃ Visit		<input type="checkbox"/> ₄ Non-Routine
	<input type="checkbox"/> ₈ Other	Form Administration:	<input type="checkbox"/> ₁ Self
			<input type="checkbox"/> ₂ Group
			<input type="checkbox"/> ₃ Interview
			<input type="checkbox"/> ₄ Assistance
OFFICE USE ONLY			

Este cuestionario investiga sus síntomas, su estado de salud, sus medicamentos y la forma en que usted ha llevado control de ellos desde que le pedimos dejar de tomar sus píldoras del estudio de hormonas de WHI en julio 2002. Estas preguntas pueden ser similares a las que ha contestado anteriormente en otros formularios. Ya sea que estuviera usted tomando píldoras activas o un placebo durante el estudio, la información que nos proporciona es importante para ayudarnos a aprender más acerca de las experiencias de las mujeres después de dejar de tomar las hormonas. Al final de este formulario encontrará un espacio para cualquier comentario que usted quisiera compartir.

1. ¿Dejó usted de tomar sus píldoras del estudio de hormonas antes o después de haber recibido la información de Actualización del 2002? (Si usted no recuerda la fecha exacta, denos su mejor cálculo.)

-
Fecha Año

Las preguntas en este formulario le piden que piense en distintos períodos de tiempo, tales como cuando usted dejó de tomar las píldoras del estudio, ya sea durante las últimas 4 semanas, o durante la semana pasada. Favor de leer cada pregunta cuidadosamente -- el período de tiempo en que debe considerar su respuesta está subrayado.

2. ¿Tomó usted alguna hormona femenina desde que dejó de tomar sus píldoras del estudio? (Estas podrían haber sido en forma de una píldora, parche, inyección, crema, supositorio, o anillo vaginal.)

₀ No → Pase a la pregunta 3 en la próxima página.

₁ Sí
↓

- 2.1. Si usted comenzó o continuó tomando hormonas desde que dejó de tomar sus píldoras del estudio, ¿cuáles fueron sus razones? (Marque todas las respuestas que correspondan.)

₁ Enfrentarme a los síntomas

₂ Para mejor apariencia

₃ Para sentirme mejor

₄ Para tratar o prevenir el cáncer colorrectal

₅ Para tratar o prevenir la osteoporosis

₆ Para prevenir el mal de Alzheimer o la demencia

₇ Consejos de amistades o parientes

₈ Consejos de un practicante médico

₉ Información en el Internet (WWW)

₁₀ Información en periódicos, revistas o televisión

₈₈ Otra razón (Especifique): _____

3. **Actualmente**, ¿está usted tomando alguna hormona femenina (Estrógeno o Progesterona [también conocida como Progesterina]) recetada por un médico? (Estas pueden ser en forma de píldoras, parches, inyecciones, crema, supositorio o anillo vaginal.) (**Marque todas las que correspondan**).

- ₀ No ₃ Sí, en forma vaginal (crema tableta, anillo)
₁ Sí, hormonas en píldoras ₄ Sí, otras formas (*Especifique*): _____
₂ Sí, hormonas en parches ₉ No lo sé

4. **Aquí aparece una lista de síntomas que a veces uno siente. Para cada artículo, marque el cuadro que mejor describe qué tan molesto era el síntoma desde que dejó de tomar sus píldoras del estudio. Esté segura de marcar un cuadro en cada línea.** (Favor de marcar cualquier síntoma que hubiera tenido, aunque no piense que haya sido relacionado al hecho de haber tomado o dejado de tomar las píldoras del estudio.)

Si Ud. no siente el síntoma, favor de marcar el cuadro que indica “el síntoma no ocurrió.” Si Ud. tuvo el síntoma, use la siguiente clave para anotar lo molesto que fué:

Poco = el síntoma no me afectó en mi rutina diaria.
Moderado = el síntoma me afectó algo en mi rutina diaria.
Grave = el síntoma me afectó tanto, que no pude cumplir mi rutina diaria.

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
4.1. Distensión/hinchazón o gas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.2. Estreñimiento (dificultad de evacuar/deponer)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.3. Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.4. Dolores y achaques generales	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.5. Sensibilidad del seno	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.6. Bochornos/Sofocos/calores	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.7. Diarrea	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.8. Cambio de estado emocional	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.9. Nausea	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.10. Mareos	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.11. Cansancio	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.12. Olvidadiza/Falta de memoria	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.13. Aumento de apetito	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.14. Palpitación rápida o saltos de palpitación	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.15. Temblores (tembladera)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.16. Acidez/ardor en el estómago/agruras	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.17. Impaciencia o inquietud	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.18. Dolor de la espalda inferior	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
4.19. Dolor del cuello	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.20. Resequedad del cutis o escama/peladura	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.21. Dolores de cabeza o jaquecas/migrañas/emicráneas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.22. Torpeza	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.23. Dificultad de visión no corregida con lentes	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.24. Irritación o comezón vaginal o genital	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.25. Dificultad con la concentración	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.26. Dolor o rigidez de las coyunturas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.27. Falta de apetito	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.28. Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.29. Hinchazón de las manos o pies	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.30. Resequedad vaginal o genital	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.31. Malestar o molestia estomacal	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.32. Dolor o ardor al orinar	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.33. Tos o jadeo	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.34. Descarga vaginal o genital	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.35. Manchas o sangrado vaginal	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.36. Flujo de orina incontrolable	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.37. Irritabilidad	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.38. Dificultad en dormirse	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.39. Cambios en mi cabello o mis uñas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.40. Aumento de peso	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.41. Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
4.42. Otro (<i>Especifique</i>): _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

5. Si usted sintió algún síntoma, ¿qué fue lo que hizo para tratar de aliviar dichos síntomas desde que dejó de tomar las píldoras del estudio? También nos interesa saber si lo que usted hizo le rindió buenos resultados.

5.1. No tuve síntomas —————> Pase a la pregunta 6.1 en la próxima página.

Intenté esto y:

	No lo intenté o no aplica	Me alivió	No me alivió	Empeoró
5.2. Cambié mi dieta	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.3. Tomé más bebidas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.4. Aumenté o comencé a hacer ejercicios	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.5. Fumé más	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.6. Fumé menos	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.7. Tomé más cafeína	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.8. Tomé menos cafeína	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.9. Tomé más alcohol	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.10. Tomé menos alcohol	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.11. Tomé hormonas naturistas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.12. Tomé Vitamina E	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.13. Tomé Hormonas Recetadas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.14. Use lubricantes vaginales	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.15. Use protección contra descargas de orín	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.16. Tomé medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.17. Tomé medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.18. Tomé otros medicamentos	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.19. Use ropa acojinada o de algodón	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.20. Use abanicos o aire acondicionado	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.21. Trate técnicas autosugestivas (como yoga, meditación, respiración)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.22. Trate técnicas alternativas (como acupuntura, masajes, quiropráctica)	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.23. Fui más sociable	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.24. Fui menos sociable	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.25. Hable con mi practicante médico	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
5.26. Otro (<i>Especifique</i>): _____	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

6. Estas preguntas corresponden a sus sentimientos de la semana pasada. Favor de marcar la respuesta que indique con qué frecuencia se sintió Ud. así.

	Rara vez o ninguna vez (menos de 1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	A veces o por tiempos moderados (3-4 días)	La mayoría del tiempo o todo el tiempo (5-7 días)
6.1. Se sintió Ud. deprimida (triste o melancólica).	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.2. Su sueño fue inquieto	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.3. Gozó Ud. la vida	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.4. Le dieron a Ud. ataques de llanto	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.5. Se sintió Ud. triste	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
6.6. Pensó Ud. que la gente le tenía antipatía	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

7. **En el transcurso del año**, ¿ha pasado Ud. por períodos de dos semanas o más cuando se ha sentido triste, melancólica o deprimida? Además, durante esta etapa, ¿dejó Ud. de gozar ciertas cosas que normalmente le interesaban?

₀ No ₁ Sí

8. ¿**Ha pasado Ud. por un período de dos años** o más cuando se ha sentido deprimida o triste la mayoría del tiempo, aunque se haya sentido bien de vez en cuando?

₀ No ₁ Sí

8.1. ¿Se ha sentido Ud. deprimida o triste la mayoría del tiempo **durante el año pasado**?

₀ No ₁ Sí

Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan seguido ha sufrido usted de los siguientes problemas?

	Jamás	Varios días	Más de la mitad de los días
9. Sentirse nerviosa, ansiosa, de punta, o muy preocupada de distintas cosas	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
10. Sentirse tan inconforme que no puede estar quieta	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
11. Cansarse muy fácilmente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
12. Tensión o dolores musculares	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
13. Problemas en dormirse o mantenerse dormida	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
14. Problemas de concentración, tales como no poder leer un libro o ver televisión	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
15. Enojarse o irritarse fácilmente	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
16. Teniendo un ataque de ansiedad - repentinamente sintiendo temor o pánico	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

Las preguntas 17 a 20 corresponden a ciertos asuntos personales. Aunque las siguientes preguntas son algo delicadas y personales, son bastante importantes. Sus respuestas nos ayudarán a entender la salud de la mujer y tal vez nos sirva para poder encontrar mejores tratamientos médicos. Tenga seguro que sus respuestas se mantendrán de lo más confidencial.

17. ¿Tuvo usted actividad sexual, ya sea con una pareja o consigo misma, **mientras tomaba las píldoras del estudio?**

- ₉ Prefiero no responder
₀ No
₁ Sí

18. ¿Ha habido actividad sexual, ya sea con una pareja o consigo misma, **desde que dejó de tomar las píldoras del estudio?**

₉ Prefiero no responder → Pase a la pregunta 21 en la próxima página.

- ₀ No →
₁ Sí, pero sólo al manipularme yo misma
₂ Sí

18.1 Las razones por no haber actividad sexual (**Marque todas las que apliquen.**)

- ₁ No me interesa
₂ No puedo
₃ No tengo pareja
₄ A mi pareja no le interesa
₅ Mi pareja no puede
₈ Otro (*Especifique*): _____
₉ Prefiero no responder

19. Por favor indique en qué forma ha cambiado lo siguiente (durante actividades sexuales), si en alguna forma ha ocurrido algún cambio, **desde que dejó de tomar las píldoras del estudio:**

	Más	Igual que antes o no aplica	Menos	Prefiero no contestar
19.1. El nivel de su anhelo sexual o su interés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
19.2. Sentir deseos sexuales (excitación)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
19.3. Compresión vaginal	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
19.4. Uso de lubricantes vaginales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
19.5. Capaz de llegar a orgasmo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
19.6. Satisfacción con actividades sexuales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

20. **Desde que usted dejó de tomar las píldoras del estudio,** ¿ha tenido contacto sexual?

- ₉ Prefiero no responder → Pase a la Pregunta 21 en la próxima página.
₀ No
₁ Sí

Por favor indique en qué forma ha cambiado lo siguiente, si en alguna forma ha ocurrido algún cambio, **desde que dejó de tomar las píldoras del estudio:**

	Más	Igual que antes o no aplica	Menos	Prefiero no contestar
20.1. Frecuencia de tratos sexuales	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉
20.2. Incomodidad con contacto sexual	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₉

Las preguntas 21 a 23 pertenecen a ciertas medicaciones que usted está tomando actualmente

21. **Actualmente**, ¿está tomando algunas medicaciones conocidas como “bifosfonatos” (alendronato, Fosamax[®], risedronato, Actonel[®]), hormona paratiroides (PTH), Calcitonina, o Teriparatido?

₀ No

₉ No lo sé

₁ Sí →

21.1. ¿Cuál(es)? (Marque todas las que correspondan)

₁ Alendronato (Fosamax[®] o sodio de risedronate (Actonel[®]))

₂ Calcitonina (Miacalcin[®])

₃ Hormona Paratiroides (PTH, Forteo[®], Teriparatido)

₈ Otro (Especifique: _____)

22. **Actualmente**, ¿está tomando algunas medicaciones de receta médica que no contienen estrógeno, para el reemplazo de hormonas? Dichos tratamientos pueden ser recetados para la prevención de osteoporosis o cáncer del pecho y de vez en cuando se les llama “estrógenos diseñados” o estrógeno selectivo selectivo estrogen receptor modulators (SERMs). Un par de ejemplos serían las marcas Evista (Raloxifene[®]) y Nolvadex[®] (Tamoxifen).

₀ No

₉ No lo sé

₁ Sí →

22.1. Durante el año pasado, ¿qué tipo de tratamiento tomó Ud. para reemplazar hormonas pero que no contiene estrógeno? (Marque todas las que correspondan.)

₁ Evista (Raloxifene[®])

₂ Nolvadex (Tamoxifen[®])

₈ Otro (Especifique: _____)

23. **Actualmente**, ¿está usando alguna hormona “natural” que se puede comprar sin receta médica? Éstas proceden normalmente de plantas y con frecuencia se obtienen en tiendas de alimentos naturales o por correo. Pueden ser en forma de píldora, supositorio o crema vaginal, crema para la piel, o alimentos enriquecidos por soja.

₀ No

₉ No lo sé

₁ Sí

→ Pase a la Pregunta 24 en la próxima página.

23.1. ¿Qué tipo de hormonas “naturales” está tomando? (No incluir las preparaciones hormonales que requerían receta médica.) (Marque todas las que correspondan.)

₁ Crema, píldoras, líquido de Ñame
Silvestre o Salvaje

₆ Trébol rojo, Promensil[®]

₂ Crema, supositorios de Progesterona

₇ Píldoras, polvos, cremas, o alimentos de
Soja o fitoestrógeno

₃ Píldoras DHEA (desludioepiandrosterona)

₈ Otro (Especifique): _____

₄ Cohosh negro, RemiFemin[®]

₉ No lo sé

₅ Chasteberry, Vitex[®]

24. Por lo general, ¿qué considera Ud. ser la calidad de su vida? (Marque uno de los cuadros en el siguiente cuadro.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peor					Mitad					Mejor

Tan mala o peor que
si estuviese muerta

La mejor
calidad de vida

25. ¿Cómo calificaría actualmente su sentido de bienestar? (Marque uno de los siguientes cuadros.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peor					Mitad					Mejor

26. ¿Cómo calificaría actualmente su sentido de bienestar comparado con el sentido de bienestar cuando estaba tomando las píldoras del estudio?

Mucho
peor

₀

Algo peor

₁

Igual

₂

Algo mejor

₃

Mucho
mejor

₄

27. Basado en su experiencia con el Programa de Hormonas de WHI, ¿qué tan interesada estaría usted en participar en investigaciones acerca de la salud de la mujer en el futuro?

No me interesa

₀

Un poco

₁

Moderadamente

₂

Bastante

₃

Muchísimo

₄

Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado. Siéntase con libertad de anotar aquí cualesquiera comentarios:
