

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"/> <sub>1</sub> Phone	Visit Type:	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Semi-Annual # <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mail		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Annual # <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Visit		<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non-Routine
	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Other	Form Administration:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Self
			<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Group
			<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Interview
			<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Assistance
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b>			

**Este formulario investiga sus síntomas y sensaciones, cómo los controla y uso de medicamentos. Estas preguntas pueden ser similares a las que ha contestado anteriormente en otros formularios. La información que nos proporciona es importante para ayudarnos a aprender más acerca de las experiencias de las mujeres que toman ó no las píldoras del estudio de hormonas, ya sean hormonas activas ó placebo. Al final de este formulario encontrará un espacio para hacer cualquier comentario que usted quisiera compartir.**

**Las preguntas de este formulario le piden que piense en distintos períodos de tiempo, por ejemplo, durante las últimas 4 semanas, ó durante la semana pasada. Por favor lea cada pregunta cuidadosamente -- el período de tiempo en que debe considerar su respuesta está subrayado.**

1. ¿En qué fecha dejó de tomar las píldoras del estudio de hormonas? (Si no se acuerda de la fecha exacta, indique una fecha aproximada).

-   
Mes      Año

2. Aquí aparece una lista de síntomas que a veces uno siente. Para cada artículo, marque el cuadro que mejor describe qué tan molesto fue el síntoma durante las últimas 4 semanas. Esté segura de marcar un cuadro en cada línea.

Si Ud. no siente el síntoma, por favor marque 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 afecta en mi rutina diaria.

**Moderado** = el síntoma me afecta algo en mi rutina diaria.

**Grave** = el síntoma me afecta tanto, que no pude cumplir con mi rutina diaria.

	El síntoma no ocurrió	El síntoma ocurrió y fue:		
		Poco	Moderado	Grave
2.1. Distensión/hinchazón ó gas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.2. Estreñimiento (dificultad de evacuar/ deponer)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.3. Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.4. Dolores y achaques generales	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.5. Sensibilidad del seno	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.6. Acaloramientos/sofocos/calores	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.7. Diarrea	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.8. Cambios en estado de ánimo	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.9. Nausea	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.10. Mareos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.11. Cansancio	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.12. Olvidadiza/Falta de memoria	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.13. Aumento de apetito	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.14. Palpitación rápida ó saltos de palpitación	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.15. Temblores (tembladera)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.16. Acidez/ardor en el estómago/agruras	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.17. Impaciencia ó inquietud	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.18. Dolor de la espalda inferior	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.19. Dolor del cuello	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.20. Resequedad del cutis ó escama/ peladura	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

	El síntoma ocurrió y fue:			
	El síntoma no ocurrió	Poco	Moderado	Grave
2.21. Dolores de cabeza ó jaquecas/ migrañas/emicráneas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.22. Torpeza	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.23. Dificultad con la vista no corregida con lentes	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.24. Irritación ó comezón vaginal ó genital	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.25. Dificultad de concentración	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.26. Dolor ó rigidez de las coyunturas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.27. Falta de apetito	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.28. Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.29. Hinchazón de las manos ó pies	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.30. Resequedad vaginal ó genital	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.31. Malestar ó molestia estomacal	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.32. Dolor ó ardor al orinar	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.33. Tos ó jadeo	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.34. Descarga vaginal ó genital	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.35. Manchas ó sangrado vaginal	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.36. Escape de orina incontrolable	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.37. Irritabilidad	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.38. Dificultad en dormirse	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.39. Cambios en el cabello ó las uñas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.40. Aumento de peso	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.41. Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
2.42. Otro (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

- 3 Si usted sintió algún síntoma, ¿qué fue lo que hizo para tratar de aliviar dichos síntomas en las cuatro últimas semanas? También nos interesa saber si lo que usted hizo le rindió buenos resultados. Si usted no sintió ninguno de estos síntomas, vaya a la página 5.

	Intenté ésto y:			
	No lo intenté ó no aplica	Me alivió	No me alivió	Empeoró
3.1. Cambié mi dieta	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.2. Tomé más líquidos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.3. Aumenté ó comencé a hacer ejercicios	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.4. Fumé más	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.5. Fumé menos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.6. Ingeri más cafeína	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.7. Ingeri menos cafeína	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.8. Ingeri más alcohol	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.9. Ingeri menos alcohol	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.10. Tomé hormonas naturistas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.11. Tomé Vitamina E	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.12. Tomé Hormonas Recetadas	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.13. Use lubricantes vaginales	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.14. Use protección contra escape de orína	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.15. Tomé medicamentos antidepresivos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.16. Tomé medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.17. Tomé otros medicamentos	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.18. Use ropa acojinada ó de algodón	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.19. Use abanicos ó aire acondicionado	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.20. Trate técnicas autosuggestivas (como yoga, meditación, respiración)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.21. Trate técnicas no convencionales (como acupuntura, masajes, quiropráctica)	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.22. Fui más sociable	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.23. Fui menos sociable	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.24. Hable con mi doctor, enfermera, etc.	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
3.25. Otro (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

Las preguntas 4 a 6 corresponden a ciertos asuntos personales. Aunque las siguientes preguntas son algo delicadas y personales, son importantes. Sus respuestas nos ayudarán a entender la salud de la mujer y tal vez nos sirva para poder encontrar mejores tratamientos médicos. Tenga por seguro que sus respuestas son confidenciales.

4. ¿Tuvo usted actividad sexual, ya sea con su pareja o consigo misma, **en los últimos 3 meses**?

<sub>9</sub> Prefiero no responder → **Pase a la pregunta 7 en la próxima página.**

<sub>0</sub> No →

<sub>1</sub> Sí, pero sólo al estimularme

<sub>2</sub> Sí

4.1 Razones por no haber tenido actividad sexual. (Marque todas las que correspondan.)

<sub>1</sub> No me interesa

<sub>5</sub> Mi pareja no puede

<sub>2</sub> No puedo

<sub>8</sub> Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

<sub>3</sub> No tengo pareja

<sub>9</sub> Prefiero no responder

<sub>4</sub> A mi pareja no le interesa

Aunque no haya tenido actividad sexual, cuán amenudo ha experimentado lo siguiente **en los últimos 3 meses**:

	Rara vez ó nunca	Algunas veces	Muchas veces	Prefiero no contestar
4.2. Deseo ó interés sexual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
4.3. Sentir deseos sexuales (excitación)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

**Pase a la pregunta 7 en la próxima página.**

5. Por favor indique si **en los últimos 3 meses** ha sentido, y cuán amenudo, lo mencionado a continuación.

	Rara vez ó nunca	Algunas veces	Muchas veces	Prefiero no contestar
5.1. Deseo ó interés sexual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5.2. Sentir deseos sexuales (excitación)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5.3. Estrechez vaginal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5.4. Uso de lubricantes vaginales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5.5. Capaz de llegar al orgasmo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
5.6. Satisfacción con actividades sexuales	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

6. ¿Ha tenido contacto sexual en los últimos 3 meses?

- <sub>0</sub> No  
<sub>1</sub> Sí →  
<sub>9</sub> Prefiero no responder

Por favor califique lo siguiente en los últimos 3 meses:

	Rara vez ó nunca	Alguna s veces	Muchas veces	Prefiero no contestar
6.1. Frecuencia de relación sexuales (coito)	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
6.2. Incomodidad en la relación sexual	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
	No	Sí	No lo sé	Prefiero no contestar
6.3. ¿Tuvo molestias debido a la resequeidad?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
6.4. ¿Tuvo molestias debido a la estrechez?	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>

Los numeros 7 y 8 preguntan sobre los medicamentos y hormonas naturales que Ud. está tomando actualmente.

7. Actualmente, ¿está tomando algunos medicamentos conocidos como “bifosfonatos” (alendronato, Fosamax<sup>®</sup>, risedronato, Actonel<sup>®</sup>), hormona paratiroides (PTH o Forteo<sup>®</sup>), ó Calcitonina (Miacalcin<sup>®</sup>)?

- <sub>0</sub> No  
<sub>1</sub> Sí →  
<sub>9</sub> No lo sé

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

- <sub>1</sub> Alendronato (Fosamax<sup>®</sup>) ó sodio de risedronate (Actonel<sup>®</sup>)  
<sub>2</sub> Calcitonina (Miacalcin<sup>®</sup>)  
<sub>3</sub> Hormona Paratiroides (PTH, Forteo<sup>®</sup>)  
<sub>8</sub> Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

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

- <sub>0</sub> No  
<sub>1</sub> Sí →  
<sub>9</sub> No lo sé

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Crema, píldoras, líquido de Ñame Silvestre ó Salvaje | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> “Red Clover”, Promensil <sup>®</sup>                          |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Crema, supositorios de Progesterona                  | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Píldoras, polvos, cremas, ó alimentos de Soja ó fitoestrógeno |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Píldoras DHEA (desludioepiandrosterona)              | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Otro (Especifique): _____                                     |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> “Black Cohosh”, RemiFemin <sup>®</sup>               | <input type="checkbox"/> <sub>9</sub> No lo sé  |
| <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> “Chasteberry”, Vitex <sup>®</sup>                    |   |

9. ¿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, ó anillo vaginal.)

<sub>0</sub> No

<sub>1</sub> Sí →

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

<sub>1</sub> Manejar a los síntomas

<sub>8</sub> Consejos de amistades ó parientes

<sub>2</sub> Para mejorar mi apariencia

<sub>9</sub> Consejos de un practicante médico

<sub>3</sub> Para sentirme mejor

<sub>10</sub> Información en el Internet (WWW)

<sub>4</sub> Para tratar ó prevenir las enfermedades cardíacas

<sub>11</sub> Información en periódicos, revistas, ó televisión

<sub>5</sub> Para tratar ó prevenir el cáncer colo-rectal

<sub>88</sub> Otra razón (Especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sub>6</sub> Para tratar ó prevenir la osteoporosis

<sub>7</sub> Para prevenir el mal de Alzheimer ó la demencia

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

<sub>0</sub> No

<sub>3</sub> Sí, en forma vaginal (crema tableta, anillo)

<sub>1</sub> Sí, hormonas en píldoras

<sub>4</sub> Sí, otras formas (Especifique): \_\_\_\_\_

<sub>2</sub> Sí, hormonas en parches

<sub>9</sub> No lo sé

11. **Actualmente**, ¿está usted tomando algún modulador selectivo del receptor de estrógeno (SERMs)? Dichos tratamientos pueden ser recetados para la prevención de osteoporosis ó cáncer del seno. Un par de ejemplos serían raloxifeno (Evista<sup>®</sup>) y tamoxifeno (Nolvadex<sup>®</sup>).

<sub>0</sub> No

<sub>1</sub> Sí →

<sub>9</sub> No lo sé

11.1. Durante el año pasado, qué tomó usted? (**Marque todas las que correspondan.**)

<sub>1</sub> Evista<sup>®</sup> (Raloxifene)

<sub>2</sub> Nolvadex<sup>®</sup> (Tamoxifen)

<sub>8</sub> Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

12. Basado en su experiencia con el Programa de Hormonas de “La Mujer y su Salud” ( WHI), ¿qué tan interesada estaría usted en participar en investigaciones acerca de la salud de la mujer en el futuro?

No me interesa	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

**Gracias. Por favor deténgase un momento para repasar el formulario. Siéntase con libertad aquí de anotar cualquier comentario:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---