



## Forma 120HS – Suplemento de hospitalización

### PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

Fecha del contacto: --  
(MM/DD/YY)

Identificación del miembro del personal:  OCT

Tipo de contacto: <sub>1</sub> Teléfono <sub>2</sub> Correo postal  
<sub>8</sub> Otros

ID de la participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

**Este formulario contiene preguntas acerca de estadías en el hospital desde:**

/  /   
MM DD YYYY

No informe los eventos que ocurrieron antes de la fecha mencionada anteriormente. Sin embargo, si no está segura de la fecha, responda las preguntas.

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? Anote la fecha aquí:  /  /   
Mes Día Año

2. ¿Quién completa este formulario? Nombre y relación con la participante:

3. Número de teléfono preferible para llamar a la persona que completa este formulario: (  )

4. Desde la fecha que se encuentra en frente de este formulario, ¿la participante en La Mujer y Su Salud (Women's Health Initiative, WHI) ha sido internada en un hospital durante una noche o más por cualquier otro motivo, no informado previamente en el Formulario 33?

<sub>1</sub> Sí  
↓

<sub>0</sub> No →

**Si la respuesta es No, deténgase aquí. No necesita seguir adelante con este formulario.**

Proporcione los detalles de las primeras tres estadías en el hospital de la participante en La Mujer y Su Salud:

**4.1. 1.<sup>a</sup> estadía en el hospital de una noche o más.**

Nombre del hospital:

Dirección Ciudad Estado



Forma 120HS – Suplemento de hospitalización

¿Tuvo la participante alguna otra estadía en el hospital que aún no haya informado?

- <sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No      →    **Si la respuesta es No, deténgase aquí.**

**5.1** ¿Cuántas estadías más en el hospital tuvo la participante?

- <sub>1</sub> Una      <sub>2</sub> Dos      <sub>3</sub> Tres o más

**Incluya información adicional sobre el proveedor en la sección Comentarios, a continuación.**

**Comentarios**

---

---

---

---

---