





5. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días) suele Ud. hacer EJERCICIO VIGOROSO O MUY DURO (comienza Ud. a sudar y su corazón le palpita rápidamente)? Por ejemplo: ejercicios aeróbicos, el baile aerobico, trote atlético "jogging," jugar tenis, la natación.

Ninguno	1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
0	1	2	3	4	5

5.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

6. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días), suele Ud. hacer EJERCICIO MODERADO (sin ser agotador)? Por ejemplo: andar en bicicleta al aire libre, o en maquina de ejercicios (como bicicleta estable o maquina para caminar), calistenia, natación moderada, baile popular y folklórica.

Ninguno	1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
0	1	2	3	4	5

6.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

**Siga adelante a la próxima página.**



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5802

7. No tomando en cuenta sus caminatas fuera de la casa, ¿qué tan seguido, durante la semana (7 días), suele Ud. hacer EJERCICIO LENTO? Por ejemplo: baile lento, jugar boliche, el golf.

Ninguno	1 día por semana	2 días por semana	3 días por semana	4 días por semana	5 ó más días por semana
0	1	2	3	4	5

7.1. ¿Por cuánto tiempo hace Ud. este tipo de ejercicio?

Menos de 20 minutos	20-39 minutos	40-59 minutos	1 hora ó más
1	2	3	4

8. ¿Fuma Ud. cigarillos?

0 No                      1 Sí

8.1. ¿Cuántos cigarillos suele fumar por día? (Marque sólo una.)

1 Menos de 5	4 25-34
2 5-14	5 35-44
3 15-24	6 45 ó más

9. Durante el año pasado, ¿ha tomado Ud., por un período de por lo menos dos meses, las siguientes medicaciones recetadas para perder peso? (Marque todas las que correspondan.)

9.1. Meridia (Sibutramine)      0 No      1 Sí

9.2. Xenical (Orlistat)          0 No      1 Sí

9.3. Phentermine (Fastin)      0 No      1 Sí

9.4. Otros medicamentos recetados para perder peso      0 No      1 Sí

(especifique: \_\_\_\_\_)

**Siga adelante a la próxima página.**

El siguiente grupo de preguntas son sobre hormonas femeninas (estrógeno o progesterona) que Ud. podría haber estado tomando durante el pasado año. El uso de hormonas por las mujeres ha estado cambiando – estas preguntas nos ayudan a entender los modelos que Ud. usa.

La pregunta 10 es sobre hormonas naturales que Ud. consigue sin receta médica.

10. Durante el año pasado, ¿tomó Ud. cualquier hormona “natural” que puede conseguir 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.

- No  
 No sé

1 Sí

10.1. Durante el año pasado, ¿qué tipo de hormonas “naturales” tomó Ud.? (No incluir las preparaciones hormonales que requerían receta médica.) (Marque todas las que correspondan.)

- |   |   |
|---|---|
| 1 Cremas de “camote/ñame silvestre”       | 5 Píldoras o polvo de Fitoestrógeno (soja o lino)       |
| 2 Píldoras de “camote/silvestre”          | 6 Cremas de Fitoestrógeno (soja o lino)                 |
| 10 Crema de progesterona                  | 7 Alimentos enriquecidos por Fitoestrógeno (tofú, soja) |
| 3 Supositorios de progesterona            | 8 Otro (Especifique: _____ )                            |
| 4 Píldoras DHEA (desludioepiandrosterona) | 9 No sé   |

La pregunta 11 corresponde al tratamiento que Ud. recibe con receta médica, para reemplazar hormonas sin el uso de estrógeno.

11. Durante el año pasado, ¿usó Ud. alguno de los tratamientos recetados que no contienen estrógeno para reemplazar 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 estrogénico receptor modulators (SERMs). Un par de ejemplos serían las marcas Evista (Raloxifene) y Nolvadex (Tamoxifen).

- No  
 No sé

1 Sí

11.1. 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)  | 8 Otro (Especifique: _____ ) |
| 2 Nolvadex (Tamoxifen) | 9 No sé                      |

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5802

Las siguientes preguntas (12-16) corresponden a las hormonas femeninas que Ud. recibe con receta médica.

12. Durante el pasado año, ¿tomó hormonas femeninas (ESTRÓGENO o PROGESTERONA [conocida también por el nombre PROGESTINA]) recetadas por un doctor? (Esto podría haber sido en forma de píldora, parche cutáneo, inyección, o crema o supositorio vaginal.)

1 Sí

0 No

9 No sé

→ **Pase a la pregunta 17 en la página 9.**

13. Durante el pasado año, ¿tomó Ud. PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas recetadas por un doctor que contenían tanto ESTRÓGENO como PROGESTERONA (progestina) COMBINADAS en la misma píldora, parche, o paquete (por ejemplo: Prempro, Premphase)? (No incluir el uso 2 píldoras separadas de estrógeno y progestina usadas al mismo tiempo.)

0 No

1 Sí

9 No sé

- 13.1. Durante el pasado año, ¿cuántos meses tomó las PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas COMBINADAS que contenían tanto ESTRÓGENO como PROGESTERONA?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

- 13.2. ¿Cuál de las combinaciones usó por más tiempo?

1 Prempro

3 Premphase

2 CombiPatch

8 Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)

14. Durante el pasado año, ¿tomó Ud. PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas recetadas por un doctor que contenían tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA COMBINADAS en la misma píldora (por ejemplo: Estratest)?

0 No

1 Sí

9 No sé

- 14.1. Durante el pasado año, ¿cuántos meses tomó las píldoras de hormonas femeninas COMBINADAS que contenían tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

- 14.2. Durante el año pasado, ¿qué tipo de píldora COMBINADA de ESTRÓGENO y TESTOSTERONA tomó Ud. durante más tiempo?

1 Estratest

8 Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)

2 Estratest HS

9 No sé

**Siga adelante a la próxima página.**

15. Durante el año pasado, ¿usó Ud. cualquier tipo de píldora, parche, crema, o inyecciones de **ESTRÓGENO** (que no hayan sido de las combinaciones que aparasen en las Preguntas 13 y 14)?

1 Sí

0 No

9 No sé

 → **Pase a la pregunta 16 en la próxima página.**

15.1. ¿Uso Ud. alguna píldora de estrógeno?

0 No    1 Sí →

15.2. ¿Por cuántos meses tomó las píldoras de estrógeno?

1 Menos de 1 mes    3 7-10 meses  
2 1-6 meses    4 11-12 meses

15.3. ¿Qué tipo de píldora fue? (Si tomó más de una, marque la que haya tomado por más tiempo.)

1 Premarin o estrógeno equino conjugado  
2 Estrace or estradiol  
3 Ogen o estropipate  
4 Estrógeno estratab o esterified  
8 Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)  
9 No sé

15.4. ¿Usó Ud. algún parche de estrógeno?

0 No    1 Sí →

15.5. ¿Por cuántos meses usó el parche?

1 Menos de 1 mes    3 7-10 meses  
2 1-6 meses    4 11-12 meses

15.6. ¿Usó Ud. alguna crema de estrógeno?

0 No    1 Sí →

15.7. ¿Por cuántos meses usó la crema?

1 Menos de 1 mes    3 7-10 meses  
2 1-6 meses    4 11-12 meses

15.8. ¿Le dieron inyecciones de estrógeno?

0 No    1 Sí →

15.9. ¿Por cuántos meses le dieron las inyecciones?

1 Menos de 1 mes    3 7-10 meses  
2 1-6 meses    4 11-12 meses

**Siga adelante a la próxima página.**

La pregunta 16 es acerca de productos que contienen sólo la hormona PROGESTERONA (progestina).

16. Durante el año pasado, ¿usó Ud. cualquier tipo de píldora, parche, crema o inyecciones de PROGESTERONA o PROGESTINA (que no hayan sido de las combinaciones que aparecen en la Pregunta 13)?

Sí       No  
 No sé       Pase a la pregunta 17 en la próxima página.

16.1. ¿Tomó una píldora o cápsula de progesterona o progestina?

No       Sí

16.2. ¿Por cuántos meses tomó píldoras o cápsula?

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1 Menos de 1 mes | 3 7-10 meses  |
| 2 1-6 meses      | 4 11-12 meses |

16.3. ¿Cuál tomó? (Marque el que haya tomado por más tiempo si usó más de uno.)

- 1 Provera, Cycrin, Amen, o Medroxyprogesterone Acetate (MPA)  
 2 Prometrium o Progesterona micronizada  
 3 Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)  
 4 No sé

16.4. ¿Por cuántos días del mes lo tomó?

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 1 Menos de 1 día | 4 13-18 días    |
| 2 1-9 días       | 5 19-27 días    |
| 3 10-12 días     | 6 28 días ó más |

16.5. ¿Tomó una crema de progesterona o progestina?

No       Sí

16.6. ¿Por cuántos meses tomó la crema de progesterona o progestina?

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1 Menos de 1 mes | 3 7-10 meses  |
| 2 1-6 meses      | 4 11-12 meses |

16.7. ¿Le dieron inyecciones de progesteróna o progestína?

No       Sí

16.8. ¿Por cuántos meses le dieron inyecciones de progesteróna o progestína?

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1 Menos de 1 mes | 3 7-10 meses  |
| 2 1-6 meses      | 4 11-12 meses |

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5802



La siguiente pregunta corresponde a su condición médica durante el pasado año.

17. Durante el pasado año, ¿le ha dicho algún médico que Ud. padece de alguna de las siguientes condiciones? (Favor de marcar una respuesta por cada condición.)

	No	Sí
17.1. Catarata(s)	0	1
17.2. Degeneración macular de la retina	0	1
17.3. Asma	0	1
17.4. Enfisema o bronquitis crónica	0	1
17.5. Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva	0	1
17.6. Angina (dolores en el pecho debidos al corazón)	0	1
17.7. Fibrilación atrial	0	1
17.8. Piedras en el riñón o en la vejiga (cálculos renales o urinarios)	0	1
17.9. Diálisis por insuficiencia renal o de los riñones	0	1
17.10. Úlcera estomacal o duodenal	0	1
17.11. Diverticulitis	0	1
17.12. Pancreatitis (inflamación del páncreas)	0	1
17.13. Enfermedad del hígado (hepatitis crónica activa, cirrosis, o ictericia)	0	1
17.14. Hipertiroidismo	0	1
17.15. Hipotiroidismo	0	1
17.16. Enfermedad de Alzheimer	0	1
17.17. Esclerosis Múltiple	0	1
17.18. Enfermedad de Parkinson	0	1
17.19. Esclerosis Lateral Amiotrópica (ALS enfermedad de la neurona motora, o enfermedad de Lou Gehrig)	0	1

18. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún cáncer del pecho?

- No  
 No sé

Sí

**Siga adelante a la próxima página.**

18.1. ¿A qué edad fue Ud. diagnosticada?

años de edad

10	20	30	40	50	60	70	80	90
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Más abajo aparece una lista de ciertos incidentes graves que a veces nos ocurren en la vida. Trate por favor de repasar este año pasado en su mente y recuerde si algunas de estas cosas sucedieron. Marque la respuesta que le parezca la mejor.

**Durante el año pasado:**

	Sí, y me alteró:			
	No	No mucho	Moderadamente (A medias)	Mucho
19.1. ¿Se le murió una pareja o cónyuge?	0	1	2	3
19.2. ¿Tuvo una enfermedad grave una pareja cónyuga?	0	1	2	3
19.3. ¿Tuvo una enfermedad grave o murió alguna amistad o pariente suyo (que no fue su pareja o cónyuge)?	0	1	2	3
19.4. ¿Tuvo Ud. algún problema económico grave?	0	1	2	3
19.5. ¿Se divorció Ud. o se separó de su pareja o cónyuge?	0	1	2	3
19.6. ¿Se divorció o separó algún pariente suyo?	0	1	2	3
19.7. ¿Tuvo Ud. algún pleito serio con sus hijos o nietos?	0	1	2	3
19.8. ¿Tuvo Ud. algún accidente serio, desastre, asalto, incidente sexual no deseado, robo, o incidentes semejantes?	0	1	2	3
19.9. ¿Se jubiló o peridió su Ud. trabajo o algún pariente o amistad íntima?	0	1	2	3
19.10. ¿Sufrió Ud. algún abuso físico a manos de un pariente o amistad que le pegó, abofeteó, empujó, atropelló, golpeó o amenazó con una arma?	0	1	2	3
19.11. ¿Sufrió Ud. algún abuso verbal de un pariente o amistad que le dijo que Ud. era estúpida o que no valía nada, o que la burló o criticó gravemente, o amenazó hacerle daño a Ud. o a su propiedad o a sus mascotas?	0	1	2	3
19.12. ¿Murió alguna mascota suya?	0	1	2	3
20. ¿Está usted ayudando con regularidad por lo menos a un pariente o amigo(a) enfermo(a), limitado(a), o débil?				

0 No      1 Sí →



20.1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ayudó Ud. a esta amistad o pariente?

Menos de una vez por semana	1-2 veces por semana	3-4 veces por semana	5 ó más veces por semana
1	2	3	4

Siga adelante a la próxima página.



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5802

Las siguientes preguntas corresponden al lugar donde nacieron sus padres. Se refiere a los padres que la criaron, no importa que hayan sido sus padres biológicos o no. Si usted no sabe exactamente como responder a la pregunta, dé la mejor respuesta posible.

21. ¿Nació su madre en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?

1 En los Estados Unidos

2 Fuera de los Estados Unidos

21.1. ¿En qué región?

1 El Noreste

(Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, Washington DC, West Virginia)

2 El Sur

(Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, or Texas)

3 El Centro del País

(Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota, Ohio, South Dakota, Wisconsin)

4 El Oeste

(Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington, Wyoming)

21.2. ¿En qué país?

1 Canadá

2 Europa

3 Europa Oriental

4 El Medio Oriente o África del Norte

5 África (No incluyendo África del Norte)

6 El Caribe o Las Antillas

7 México

8 Centro América o Sur América

9 Cuba

10 Puerto Rico

11 La China

12 El Japón

13 Asia del Sudeste

14 Australia y Oceanía

99 Otro

21.3. ¿Fue ésta su madre biológica (o sea, la que le dio nacer)?

0 No

1 Sí

**Siga adelante a la próxima página.**

22. ¿Nació su padre en los Estados Unidos o fuera de los Estados Unidos?

① En los Estados Unidos

② Fuera de los Estados Unidos

22.1. ¿En qué región?

① El Noreste

(Connecticut, Delaware, Maine, Maryland, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Virginia, Washington DC, West Virginia)

② El Sur

(Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, or Texas)

③ El Centro del País

(Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, North Dakota, Ohio, South Dakota, Wisconsin)

④ El Oeste

(Alaska, Arizona, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, New Mexico, Oregon, Utah, Washington, Wyoming)

22.2. ¿En qué país?

① Canadá

② Europa

③ Europa Oriental

④ El Medio Oriente o África del Norte

⑤ África (No incluyendo África del Norte)

⑥ El Caribe o Las Antillas

⑦ México

⑧ Centro América o Sur América

⑨ Cuba

⑩ Puerto Rico

⑪ La China

⑫ El Japón

⑬ Asia del Sudeste

⑭ Australia y Oceanía

⑮ Otro

22.3. ¿Fue éste su padre biológico (o sea, no un padre adoptivo)?

① No

② Sí

23. ¿Cuál es su estado civil actual? (Marque el que mejor la describa.)

① Nunca me he casado

④ Casada actualmente

② Divorciada o separado

⑤ Viviendo como si estuviera casada (unión libre)

③ Viuda

**Gracias. Favor de tomarse un momento para repasar cualquier pregunta que se le haya pasado.**

\* U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2003-589-322/40017



Por favor, no haga ninguna marca en esta area

5802