

Este cuestionario tiene que ver con ciertos temas que le pueden afectar la salud. Dichos temas incluyen cambios de peso, actividades físicas y ejercicio, el consumo de té, café y refrescos, uso de hormonas femeninas, sus condiciones médicas actuales, y origen de familia.

Las siguientes preguntas son acerca de su peso. (Calcule lo mejor que pueda.)

1. ¿Cuál es su peso actual?

_____ libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

2. Durante el último año, ¿cuál fue su peso máximo?

_____ libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

3. Durante el último año, ¿cuál fue su peso mínimo?

_____ libras

100 200 300 400 500 600 700

10 20 30 40 50 60 70 80 90

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Las siguientes preguntas son acerca de su actividad física y ejercicio normal. Esto incluye caminar y deportes.

4. Cuando camina fuera de la casa, ¿cuántas veces camina fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar? (Marque sólo una.)

- 0 Raramente o nunca
- 1 1-3 veces al mes
- 2 1 vez a la semana
- 3 2-3 veces a la semana
- 4 4-6 veces a la semana
- 5 7 ó más veces a la semana

4.1. Cuando camina Ud. fuera de la casa por más de 10 minutos sin parar, ¿cuántos minutos suele caminar?

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

4.2. ¿A qué velocidad suele Ud. caminar?

- 2 Un paseo o una caminata (a una velocidad de menos de 2 millas por hora)
- 3 Regular o normal (2-3 millas por hora)
- 4 Algo rápido (3-4 millas por hora)
- 5 Muy rápido (más de 4 millas por hora)
- 9 No sé

Siga adelante a la próxima página.

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

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

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

8. ¿Fuma Ud. cigarrillos?

0 No

1 Sí

8.1. ¿Cuántos cigarrillos 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.

Las siguientes preguntas corresponden al café, té, gaseosas y bebidas alcohólicas que Ud. acostumbra tomar.

10. Durante los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tomó Ud. estas bebidas? (Marque una por cada bebida.) (Para un café tamaño grande o doble, marque 2 tazas.)

	Nunca ó menos de 1 por mes	1-3 por mes	1 por semana	2-4 por semana	5-6 por semana	1 por día	2-3 por día	4-5 por día	6 ó mas por día
10.1. Café cafeinado, ya sea instantáneo o de gota filtrado (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.2. Otro café cafeinado, tal como colado, espresso, o café con leche <i>latté</i> (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.3. Café descafeinado, ya sea instantáneo o de gota filtrado (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.4. Otro café descafeinado, ya sea filtrado, espresso, o café con leche <i>latté</i> (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.5. Té regular (no descafeinado) (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.6. Té descafeinado (tazas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.7. Gaseosas con cafeína (por ejemplo Coke®, Diet Pepsi®, Dr. Pepper®, Mountain Dew®) (lata de 12 oz.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10.8. Gaseosas sin cafeína (por ejemplo Sprite®, 7-Up®, Diet Sprite®) (lata de 12 oz.)	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Siga adelante a la próxima página.



4501

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

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 11 es sobre hormonas naturales que Ud. consigue sin receta médica.

11. Durante el año pasado, ¿tomó Ud. cualquier hormona “natural” que se 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.

0 No
9 No sé

1 Sí

11.1. 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/ñame silvestre” | 6 Cremas de Fitoestrógeno (soja o lino) |
| 10 Crema de progesterona | 7 Alimentos enriquecidos por Fitoestrógeno (tofú, soja) |
| 3 Suspositorios de progesterona | 8 Otro (Especifique: _____) |
| 4 Píldoras DHEA (desludioepiandrosterona) | 9 No sé |

Las siguientes preguntas (12-13) corresponden a los medicamentos que su médico haya recetado.

12. Durante el año pasado, ¿tomó Ud. algún tratamiento que le haya recetado su médico, para osteoporosis o alguna otra condición del hueso? Algunos ejemplos serían Fosamax, Miacalcin, y Actonel. (No incluya el uso de los estrógenos diseñados o selectivos, llamados en Inglés “selective estrogen receptor modulators” o SERMs, tales como Evista (Raloxifene) los cuales aparecen en la Pregunta 13.)

0 No
9 No sé

1 Sí

12.1. ¿Cuales? (Marque todas las que correspondan.)

- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1 Alendronate (Fosamax) | 5 Zolendronate |
| 2 Calcitonin (Miacalcin) | 6 Parathyriod hormone (PTH) (Forteo) |
| 3 Risedronate (Actonel) | 8 Otro (Especifique: _____) |
| 4 Pamidronate (Aredia) | 9 No sé |

Siga adelante a la próxima página.

13. 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 (en Inglés “Selective Estrogen Receptor Modulators” o SERMs). Un par de ejemplos serían las marcas Evista (Raloxifene) y Nolvadex (Tamoxifen).

0 No
 9 No sé

1 Sí

13.1. 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

Las siguientes preguntas (14-18) corresponden a las hormonas femeninas que Ud. recibe con receta médica.

14. 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 19 en la página 11.**

Siga adelante a la próxima página.

15. 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 de 2 píldoras separades de estrógeno y progestina usadas al mismo tiempo.)

- 0 No
- 9 No sé

1 Sí

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

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

15.2. ¿Cuál de las combinaciones usó por más tiempo?

- 1 Prempro
- 2 CombiPatch
- 3 Premphase
- 4 Activella
- 5 FemHRT
- 6 Ortho-Prefest
- 8 Otro (Especifique: _____)

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

1 Sí

- 0 No
- 9 No sé

→ Pase a la pregunta 17 en la próxima página.

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

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

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

- 1 Estratest
- 2 Estratest HS
- 8 Otro (Especifique: _____)
- 9 No sé

Siga adelante a la próxima página.



4501

POR FAVOR, NO HAGA NINGUNA MARCA EN ESTA AREA

17. Durant el año pasado, ¿usó Ud. cualquier tipo de píldora, parche, crema, o inyecciones de **ESTRÓGENO** (que no hayan sido de las combinaciones que aparecen en las Preguntas 15 y 16)?

1 Sí

0 No

9 No sé

→ Pase a la pregunta 18 en la próxima página.

17.1. ¿Usó Ud. alguna píldora de estrógeno?

0 No

1 Sí →

17.2. ¿Por cuántos meses tomó píldoras de estrógeno?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

17.3. ¿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

17.4. ¿Usó Ud. algún parche de estrógeno?

0 No

1 Sí →

17.5. ¿Por cuántos meses usó el parche?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

17.6. ¿Usó Ud. alguna crema de estrógeno?

0 No

1 Sí →

17.7. ¿Por cuántos meses usó la crema?

1 Menos de 1 mes

3 7-10 meses

2 1-6 meses

4 11-12 meses

17.8. ¿Le dieron inyecciones de estrógeno?

0 No

1 Sí →

17.9. ¿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 18 es acerca de productos que contienen sólo la hormona **PROGESTERONA** (progestina).

18. 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 15)?

1 Sí 0 No 9 No sé **→ Pase a la pregunta 19 en la próxima página.**

18.1. ¿Tomo una píldora o cápsula de progesterona o progestina?

0 No 1 Sí →

18.2. ¿Por cuántos meses tomó píldoras o cápsulas?

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

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

- 1 Provera, Cycrin, Amen, o Medroxyprogesterone Acetate (MPA)
- 3 Prometrium o Progesterona micronizada
- 8 Otro (Especifique: _____)
- 9 No sé

18.4. ¿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

18.5. ¿Tomó una crema de progesterona o progestina?

0 No 1 Sí →

18.6. ¿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

18.7. ¿Le dieron inyecciones de progesterona o progestina?

0 No 1 Sí →

18.8. ¿Por cuántos meses le dieron inyecciones de progesterona o progestina?

- 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

4501

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

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

	No	Sí
19.1. Catarata(s)	0	1
19.2. Degeneración macular de la retina	0	1
19.3. Asma	0	1
19.4. Enfisema o bronquitis crónica	0	1
19.5. Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva	0	1
19.6. Angina (dolores en el pecho debidos al corazón)	0	1
19.7. Fibrilación atrial	0	1
19.8. Piedras en el riñón o en la vejiga (cálculos renales o urinarios)	0	1
19.9. Diálisis por insuficiencia renal o de los riñones	0	1
19.10. Úlcera estomacal o duodenal	0	1
19.11. Diverticulitis	0	1
19.12. Pancreatitis (inflamación del páncreas)	0	1
19.13. Enfermedad del hígado (hepatitis crónica activa, cirrosis, o ictericia)	0	1
19.14. Hipertiroidismo	0	1
19.15. Hipotiroidismo	0	1
19.16. Enfermedad de Alzheimer	0	1
19.17. Esclerosis Múltiple	0	1
19.18. Enfermedad de Parkinson	0	1
19.19. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS enfermedad de la neurona motora, o enfermedad de Lou Gehrig)	0	1

Siga adelante a la próxima página.

