

1. Durante el año pasado, ¿ha usado algún medicamento que compra con una receta del médico para tratar o prevenir la **osteoporosis** u otra afección ósea? Algunos ejemplos son Fosamax, Miacalcin, y Actonel. **(No incluye el uso de hormonas femeninas ni de moduladores selectivos de los receptores de estrógenos (selective estrogen receptor modulators, SERMs), tales como raloxifeno (Evista), que están cubiertos en la pregunta 2.)**

0 No 1 Sí
 9 No sé

1.1. Durante el año pasado, ¿cuál(es) usó? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 Alendronato (Fosamax) | <input type="radio"/> 5 Zolendronato (Zometa) |
| <input type="radio"/> 2 Calcitonina (Miacalcin) | <input type="radio"/> 6 Hormona paratiroidea (HPT, Forteo) |
| <input type="radio"/> 3 Residronato (Actonel) | <input type="radio"/> 8 Otro (Especifique: _____) |
| <input type="radio"/> 4 Pamidronato (Aredia) | <input type="radio"/> 9 No sé |

2. Durante el año pasado, ¿usó algún modulador selectivo de los receptores de estrógenos (SERMs)? (Pueden recetarse para prevenir la osteoporosis y el cáncer de seno y, a veces, se los denomina “estrógenos de diseño”. Algunos ejemplos son el raloxifeno [Evista] y el tamoxifeno [Nolvadex]).

0 No 1 Sí
 9 No sé

2.1. Durante el año pasado, ¿cuáles son los SERM que tomó? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> 1 Raloxifeno (Evista) | <input type="radio"/> 8 Otro (Especifique: _____) |
| <input type="radio"/> 2 Tamoxifeno (Nolvadex) | <input type="radio"/> 9 No sé |

5. Durante el año pasado, ¿usó PÍLDORAS o PARCHES de hormonas femeninas recetados por un médico, que contengan tanto ESTRÓGENO como PROGESTERONA (PROGESTINA) COMBINADOS en la misma píldora, parche, envase (por ejemplo, Prempro, Premphase), anillo vaginal, o compuesto bioidéntico? **(No incluya el uso de dos píldoras de estrógeno y progesterona separadas tomadas al mismo tiempo.)**

0 No 1 Sí
 9 No sé

5.1. ¿Usó una combinación en píldora?

0 No
 1 Sí

5.1.1. ¿Durante cuántos meses usó la combinación en píldora?

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

5.2. ¿Usó una combinación en parche?

0 No
 1 Sí

5.2.1. ¿Durante cuántos meses usó la combinación en parche?

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

5.3. ¿Usó alguna otra combinación que no fuera una píldora o un parche?

0 No
 1 Sí

5.3.1. ¿Durante cuántos meses usó la combinación en parche?

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

6. Durante el año pasado, ¿usó PÍLDORAS de hormonas femeninas recetadas por un médico, que contengan tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA COMBINADOS en la misma píldora (por ejemplo, Estratest)?

0 No 1 Sí
 9 No sé

6.1. ¿Durante el año pasado, ¿cuántos meses usó las píldoras de hormonas femeninas COMBINADOS que contienen tanto ESTRÓGENO como TESTOSTERONA?

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

6.2. ¿Durante el año pasado, ¿qué tipo de PÍLDORAS DE ESTRÓGENO Y TESTOSTERONA COMBINADOS usó durante más tiempo?

1 Estratest o Estratest HS 9 No sé
 8 Otra (**Especifique:** _____)

7. Durante el año pasado, ¿usó alguna **ESTRÓGENO** recetado por un médico (que no sea ninguna de las combinaciones descritas en las preguntas 5 y 6)? (Puede haberlo recibido en forma de píldora, parche cutáneo, inyección, crema para la piel, compuesto bioidéntico, o crema, anillo, comprimido o supositorio vaginal.)

- 1 Sí
 - 0 No
 - 9 No sé
- **Pase a la pregunta 8 de la página siguiente.**

7.1. ¿Usó una píldora oral de estrógeno que se tome por boca?

- 0 No
- 1 Sí

7.1.1. ¿Durante cuántos meses usó las píldoras orales de estrógeno?

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

7.1.2. ¿Qué tipo de píldora tomó? (**Marque la que tomó durante más tiempo si tomó más de un tipo.**)

- 1 Estrógenos equinos conjugados (Premarin)
- 2 Estradiol (Estrace)
- 3 Estropipato (Ogen)
- 4 Estrógenos esterificados (Estratab)
- 8 Otro (**Especifique:** _____)
- 9 No sé

7.2. ¿Usó un parche cutáneo de estrógeno?

- 0 No
- 1 Sí

7.2.1. ¿Durante cuántos meses usó el parche?

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

7.3. ¿Usó una crema de estrógeno para la piel?

- 0 No
- 1 Sí

7.3.1. ¿Durante cuántos meses usó la crema para la piel?

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

7.4. ¿Se aplicó inyecciones de estrógeno?

- 0 No
- 1 Sí

7.4.1. ¿Durante cuántos meses se aplicó las inyecciones?

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

7.5. ¿Usó una crema, anillo, cápsula o supositorio vaginal de estrógeno?

- 0 No
- 1 Sí

7.5.1. ¿Durante cuántos meses usó alguna de estas formas vaginales de estrógeno?

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



center perf

Las siguientes preguntas se refieren a la **PROGESTERONA O PROGESTINA** que haya sido recetada por un médico. Si no usa progesterona, habrá terminado con este formulario. Revise que no se haya saltado ninguna pregunta.

8. Durante el año pasado, ¿usó PROGESTERONA o PROGESTINA que haya sido recetada por un médico (que no sea ninguna de las combinaciones descritas en la pregunta 5)? (Puede haberla recibido en forma de píldora, crema para la piel, inyección, crema vaginal, cápsula o supositorio vaginal, DIU [dispositivo intrauterino], o compuesto bioidéntico.)

1 Sí 0 No 9 No sé → **Ha terminado de completar este formulario.
Revise que no se haya saltado ninguna pregunta.**

8.1. ¿Usó una píldora de progesterona o progestina?

0 No
 1 Sí →

8.1.1. ¿Durante cuántos meses usó la píldora?

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

8.1.2. ¿Qué tipo de píldora tomó?

1 Acetato de medroxiprogesterona (MPA, Provera, Cycrin, Amen)
 3 Progesterona micronizada (Prometrium)
 8 Otro (**Especifique:** _____)
 9 No sé

8.1.3. ¿Cuántos días por mes la usó?

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

8.2. ¿Usó una crema de progesterona o progestina para la piel?

0 No
 1 Sí →

8.2.1. ¿Durante cuántos meses usó la crema para la piel?

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



PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

SERIAL #

8.3. ¿Se aplicó inyecciones de progesterona o progestina?

- 0 No
- 1 Sí →

8.3.1. ¿Durante cuántos meses se aplicó las inyecciones?

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

8.4. ¿Usó una crema vaginal o una cápsula vaginal de progesterona o progestina?

- 0 No
- 1 Sí →

8.4.1. ¿Durante cuántos meses usó la crema vaginal o la cápsula vaginal?

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

8.5. ¿Usó un dispositivo de progestina intrauterino (DIU)?

- 0 No
- 1 Sí →

8.5.1. ¿Durante cuántos meses usó el DIU?

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

Muchas gracias.

Tómese algunos minutos para revisar que no se haya saltado ninguna pregunta de este formulario.

center.pdf

**Esta página se ha
dejado intencionalmente
en blanco.**



PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

SERIAL #