



**Formulario 153S – Lista de medicamentos y suplementos  
Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Date Received:                          | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (MM/DD/YY)  | <b>- Affix label here-</b><br><br>Participant ID: ____ - ____ - ____ - ____<br>First Name _____ M.I. ____<br>Last Name _____ |   |
| Reviewed By:                            | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>   |  |   |
| Contact Type:                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Phone<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mail<br><input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Other | Visit Type: <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Annual<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non-Routine                | <input type="checkbox"/> FCA <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OU2<br><br>Language: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> English <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Spanish |
| <b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b> |  |  |   |

Se estima que la tarea del informe del público para esta recopilación de información dura un promedio de 20 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos que existen actualmente, recabar y mantener los datos necesarios y para completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar la recopilación de información y ninguna persona está obligada a responder a dicha recopilación, a menos que la agencia tenga un número de control de la OMB válido.** Envíe comentarios acerca del tiempo estimado o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir este tiempo estimado, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). No envíe el formulario completado a esta dirección.

**Instrucciones:**

**Para ayudarnos a comprender la salud de las participantes de La Mujer y Su Salud (Women's Health Initiative, WHI), nos gustaría tener información acerca de los medicamentos y suplementos que usted toma.**

**Este formulario pregunta acerca de todos los medicamentos recetados que esté tomando actualmente y acerca de algunos de los medicamentos de venta sin receta y suplementos dietéticos que pueda estar tomando.**

**Si desea que un integrante del personal de La Mujer y Su Salud en el Centro Clínico de Coordinación la ayude a llenar este formulario por teléfono, no dude en llamar al 1-800-218-8415.**

**Sección A. Medicamentos recetados**

Esta primera sección pregunta acerca de los **medicamentos recetados** que está tomando actualmente. Esto incluye los medicamentos que únicamente toma según sea necesario, como trinitrato de glicerol. Un medicamento recetado es aquel que su proveedor de cuidados de la salud le indica por escrito (o por teléfono) y que debe adquirirse en farmacias.

**1. ¿Está tomando actualmente medicamentos que necesiten receta de un médico o de un proveedor de cuidados de la salud?**

<sub>1</sub> No → Pase a la Sección B de la página 6

<sub>2</sub> Sí → Siga a continuación

Para esta sección, necesitará información de las etiquetas de los frascos o envases en los que vienen sus medicamentos recetados. Para comenzar, reúna todos sus medicamentos recetados, a fin de tener toda esta información a mano mientras llena el formulario. Posiblemente tenga estos medicamentos en el botiquín, en el refrigerador o en su bolso. Es importante que incluya todos sus medicamentos recetados.

Para cada medicamento recetado, responda las preguntas de la página siguiente, incluido el nombre y la concentración del medicamento. Encontrará esta información en la etiqueta del envase o frasco de comprimidos. A continuación se muestra un ejemplo de etiqueta de medicamento recetado y un ejemplo de pregunta sobre medicamentos respondida.

**Ejemplo de una etiqueta de medicamentos recetados**

|   |
|---|
| <b>Walgreens, Seattle, Washington 98028</b><br><b>(DD/) Ph: 866-254-1669</b><br>RX#4599773 Sept. 6, 2005 Fill 1 of 1<br><br><b>DOE, JANE</b> 206-566-0442<br>Un comprimido por vía oral según lo indicado a la mañana y antes de acostarse.<br>Desechar después del 6 de sept. de 2006<br>Fabricante _____<br>Qty: 60 CAP Kroll, Phil MD<br><b>Phenytoin NA (Dilantin) 100 MG CAP</b> |
|---|

En esta etiqueta, el nombre del medicamento **Phenytoin NA (Dilantin)**, su concentración **100 mg** y tipo **CAP** están en una sola línea.

**Ejemplo de pregunta respondida usando el ejemplo de etiqueta de arriba**

| Medicamento recetado  | Escriba la información a continuación:  |
|---|---|
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   | PHENYTOIN NA (DILANTIN)   |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  | 100 MG  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          | CÁPSULA   |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input checked="" type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <u>03</u> |

**Pasa a la página siguiente**

2. **Para cada uno de los medicamentos recetados** que esté tomando actualmente, responda las preguntas a continuación **usando la etiqueta del frasco de medicamento recetado**. Escriba con letra clara **de imprenta**. Puede indicar un cálculo estimativo del tiempo que lleva tomando el medicamento.

Incluya toda la información en el cuadro para *cada* medicamento que tome. Hay cuadros para 10 medicamentos diferentes. Cuando haya incluido toda la información para todos sus medicamentos recetados, pase a la **Sección B** del cuestionario de la **página 6**.

| Medicamento recetado n.º 1  | Escriba la información a continuación:   |
|---|--|
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Medicamento recetado n.º 2  | Escriba la información a continuación:   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Medicamento recetado n.º 3  | Escriba la información a continuación:   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> |

Continúe en la página siguiente o pase a la Sección B de la página 6 si enumeró todos sus medicamentos

|   |   |
|---|---|
| <b>Medicamento recetado n.º 4</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |   |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |   |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |   |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Medicamento recetado n.º 5</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |   |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |   |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |   |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Medicamento recetado n.º 6</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |   |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |   |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |   |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>Medicamento recetado n.º 7</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>   |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |   |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |   |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |   |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

|   |  |
|---|--|
| <b>Medicamento recetado n.º 8</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>  |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> |
| <b>Medicamento recetado n.º 9</b>   | <b>Escriba la información a continuación:</b>  |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> |
| <b>Medicamento recetado n.º 10</b>  | <b>Escriba la información a continuación:</b>  |
| <b>Nombre del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)   |  |
| <b>Concentración del medicamento</b><br>(tal como está en la etiqueta)  |  |
| <b>Tipo de medicamento</b> (ejemplos: cápsula, comprimido, ungüento, líquido, supositorio, inhalador, inyección)          |  |
| <b>¿Aproximadamente cuánto tiempo hace que toma este medicamento?</b> (Si no está segura, indique un cálculo estimativo.) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año → ¿Cuántos años? <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> |

Continúe en la página siguiente o pase a la Sección B de la página 6 si enumeró todos sus medicamentos

3. En la pregunta anterior, hay espacio para enumerar hasta 10 medicamentos recetados. Si toma más de 10, enumere los nombres de esos medicamentos a continuación. Enumere únicamente los nombres y no incluya ningún medicamento que ya haya mencionado en los cuadros anteriores. Es posible que reciba una llamada del Centro Clínico de Coordinación de La Mujer y Su Salud para reunir información más detallada de estos medicamentos.

|          |          |
|----------|----------|
| a. _____ | f. _____ |
| b. _____ | g. _____ |
| c. _____ | h. _____ |
| d. _____ | i. _____ |
| e. _____ | j. _____ |

#### **Sección B. Obstáculos para tomar medicamentos recetados**

4. ¿Le han impedido los siguientes obstáculos obtener o tomar medicamentos que le hayan recetado? (Marque todas las opciones que correspondan.)

- <sub>1</sub> Mi seguro de salud no cubre el medicamento.
- <sub>2</sub> El medicamento o el copago cuestan demasiado.
- <sub>3</sub> Para mí es difícil ir al médico/centro médico.
- <sub>4</sub> Tomar el medicamento sería inconveniente.
- <sub>5</sub> Me preocupaban los posibles efectos secundarios o las complicaciones del medicamento.
- <sub>6</sub> Me preocupaba perder trabajo por tomar el medicamento.
- <sub>7</sub> Mis familiares me decían que no tomara el medicamento.
- <sub>8</sub> Mis amigos me decían que no tomara el medicamento.
- <sub>9</sub> Estoy tomando demasiados medicamentos.
- <sub>10</sub> No me gusta tomar medicamentos.
- <sub>0</sub> No he tenido obstáculos que me impidieran tomar medicamentos recetados.

**Pasa a la página siguiente**

**Sección C. Medicamentos de venta sin receta**

Esta sección pregunta acerca de los **medicamentos de venta sin receta** que haya tomado **por lo menos una vez por semana durante las últimas dos semanas**. Son medicamentos de venta libre que puede comprar sin una receta de su proveedor de cuidados de la salud.

**5. Responda las siguientes preguntas acerca de los medicamentos de venta sin receta enumerados a continuación.** Para cada tipo de medicamento que esté tomando, escriba el nombre y la concentración que se indica en la etiqueta del producto, con qué frecuencia lo toma y cuánto tiempo hace que lo toma. **Para algunos tipos de medicamento, hay espacio para incluir dos productos. Si está tomando más de dos de los medicamentos de cualquier grupo enumerado a continuación, incluya solamente los dos que tome con más frecuencia.** Tenga en cuenta que los nombres de marcas que se mencionan a continuación son solamente ejemplos; es posible que esté tomando otras marcas del medicamento.

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>5.1 ¿Está tomando <u>aspirina</u>, por ejemplo, Bayer, St. Josephs, Bufferin, Anacin, Excedrin, BC powder, aspirina para bebés, Doan's? (No se incluyen los fármacos sin aspirina como Tylenol o Advil.)</b> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓   | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br><br><hr/> <hr/><br><b>Concentración:</b> _____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br><u>    </u> |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>5.2 ¿Está tomando analgésicos antiinflamatorios, como Advil, Aleve, ibuprofeno, Motrin, Naprosyn, naproxeno, Nuprin, Anaprox u Orudis KT?</b> |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓  | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br><br><hr/> <hr/><br><b>Concentración:</b> _____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br><u>    </u> |

**Pasa a la página siguiente**

**5.3 ¿Está tomando otro tipo de analgésicos antiinflamatorios?**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br>_____<br>_____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>↓<br><b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____  |  |   |

**5.4 ¿Está tomando antiácidos o medicamentos para la acidez, como Axid, Pepcid AC, Prilosec, Tagamet, Zantac, cimetidina, famotidina, omeprazol, o ranitidina?**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br>_____<br>_____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>↓<br><b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____  |  |   |

**5.5 ¿Está tomando otro tipo de antiácidos o medicamentos para la acidez?**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br>_____<br>_____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>↓<br><b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____  |  |   |

Pasa a la página siguiente



**5.6 ¿Está tomando hormonas femeninas naturales, estrógenos vegetales o fitoestrógenos, como Remifemin, comprimidos de DHEA, ñame silvestre, productos de soja o lino, dong quai (Angelica sinensis), o Cimicifuga racemosa?**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br><hr/> <hr/> | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____   |  |  |

**5.7 ¿Está tomando otro tipo de hormonas femeninas naturales, estrógenos vegetales o fitoestrógenos?**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br><hr/> <hr/> | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____   |  |  |

6. En la mayoría de los estados, algunos tipos de insulina pueden comprarse sin receta. Si actualmente está tomando insulina y no la ha incluido en la lista de sus medicamentos recetados en la Sección A, inclúyala aquí.

**6.1 ¿Está tomando insulina de venta sin receta? Si enumeró la insulina como un medicamento recetado en la Sección A, no la incluya aquí.**

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco o envase)<br><hr/> <hr/> | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1 a 3 días por mes | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   | <b>Concentración:</b> _____   |  |  |

**Pasa a la página siguiente**

**Sección D. Suplementos dietéticos**

En esta última sección, preguntamos acerca de ciertos **suplementos de vitaminas o minerales** que haya tomado **por lo menos una vez por semana en las últimas dos semanas.**

7. Responda las siguientes preguntas acerca de los **suplementos de vitaminas o minerales** enumerados a continuación. Para cada suplemento de vitaminas que esté tomando, escriba el nombre que se indica en el frasco o envase, con qué frecuencia lo toma y cuánto tiempo hace que lo toma. Aunque actualmente esté tomando otros suplementos, únicamente le pedimos información sobre los suplementos enumerados.

| 7.1 ¿Está tomando un suplemento multivitamínico que tiene 10 o más vitaminas o minerales en un comprimido? Algunos ejemplos son One-A-Day, Centrum, Theragran, Geritol. |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓   | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco)<br><hr/> <hr/> <hr/> | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br><div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> |

| 7.2 ¿Está tomando combinación de calcio/suplemento de vitamina D? Por ejemplo un comprimido que tiene calcio y vitamina D, pero no en un suplemento multivitamínico con diferentes vitaminas y minerales. |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓   | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco)<br><hr/> <hr/> <hr/><br><b>Calcio</b><br><b>Concentración:</b> _____<br><br><b>Vitamina D</b><br><b>Concentración:</b> _____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>→ <b>¿Cuántos años?</b><br><div style="text-align: center;"> <input type="text"/> </div> |

**Pasa a la página siguiente**

**7.3 ¿Está tomando calcio como suplemento mineral único sin otras vitaminas o minerales?**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco)<br><br>_____<br><br>_____<br><br><b>Concentración:</b> _____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>↓<br><b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   |  |  |   |

**7.4 ¿Está tomando vitamina D (calciferol) como suplemento de vitaminas único sin otras vitaminas o minerales?**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sí →<br><br><br><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No<br>↓ | <b>Nombre del producto</b><br>(Indicada en el frasco)<br><br>_____<br><br>_____<br><br><b>Concentración:</b> _____ | <b>¿Con qué frecuencia lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Una vez por día o más<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4 a 6 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2 a 3 días por semana<br><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Una vez por semana | <b>¿Cuánto tiempo hace que lo toma?</b><br><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Menos de un mes<br><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 a 12 meses<br><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Más de 1 año<br>↓<br><b>¿Cuántos años?</b><br>_____ |
|   |  |  |   |

8. ¿En qué fecha completó este formulario? \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Mes          Día          Año

***Muchas gracias.***  
***Tómese unos minutos para verificar***  
***que no haya saltado ninguna pregunta.***