



**Formulario 154S – Suplemento de salud del seno
para el inventario de medicamentos
Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud**

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

Se estima que la tarea del informe del público para esta recopilación de información dura un promedio de 5 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, nos gustaría tener información acerca de algunos medicamentos que usted tome.

Como parte de su participación en La Mujer y Su Salud, anteriormente informé de un diagnóstico de cáncer de seno (incluido el cáncer de seno localizado). Este formulario pregunta acerca de los medicamentos que pueda haber usado para tratar el cáncer de seno.

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.

**Formulario 154S – Suplemento de salud del seno para el inventario de medicamentos
Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud**

El primer grupo de preguntas se refiere a los medicamentos conocidos como **SERMS (moduladores selectivos de los receptores de estrógenos)**. Estos medicamentos incluyen el tamoxifeno (Nolvadex[®]), el raloxifeno (Evista[®]) y el toremifeno (Fareston[®]).

Desde su diagnóstico de cáncer de seno:

1. ¿Tomó alguna vez **tamoxifeno (Nolvadex[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

1.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó tamoxifeno?
(Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

2. ¿Tomó alguna vez **raloxifeno (Evista[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

2.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó raloxifeno? **(Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

3. ¿Tomó alguna vez **toremifeno (Fareston[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

3.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó toremifeno? **(Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

Pasa a la página siguiente

**Formulario 154S – Suplemento de salud del seno para el inventario de medicamentos
Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud**

Las siguientes preguntas se refieren a los medicamentos conocidos como **antiestrógenos** o **inhibidores de la aromataasa**. Estos medicamentos incluyen el anastrozol (Arimidex[®]), el exemestano (Aromasin[®]) y el letrozol (Femara[®]).

Desde su diagnóstico de cáncer de seno:

4. ¿Tomó alguna vez **anastrozol (Arimidex[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

4.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó anastrozol? (**Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

5. ¿Tomó alguna vez **exemestano (Aromasin[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

5.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó exemestano? (**Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

6. ¿Tomó alguna vez **letrozol (Femara[®])**?

- ₀ No
₁ Sí →
₉ No sé

6.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó letrozol? (**Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.**)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

Pasa a la página siguiente

**Formulario 154S – Suplemento de salud del seno para el inventario de medicamentos
Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud**

7. ¿Tomó alguna vez algún **SERM** o **inhibidor de la aromatasa** que no haya sido enumerado o cuyo nombre no recuerde?

- ₀ No
- ₁ Sí
- ₉ No sé

7.1 ¿Durante cuánto tiempo tomó este medicamento?
(Indique un cálculo estimativo; marque solamente una opción.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> ₄ 1 a 2 años |
| <input type="checkbox"/> ₂ 1 a 5 meses | <input type="checkbox"/> ₅ 3 a 4 años |
| <input type="checkbox"/> ₃ 6 a 11 meses | <input type="checkbox"/> ₆ 5 o más años |

8. ¿Le han impedido los siguientes obstáculos obtener o tomar los medicamentos recetados para el cáncer de seno sobre los que se le preguntó anteriormente (es decir, tamoxifeno, raloxifeno, toremifeno, anastrozol, exemestano y letrozol)? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- ₁ No tuve obstáculos que me impidieran tomar estos medicamentos.
- ₂ Nunca escuché hablar de estos medicamentos.
- ₃ Mi seguro de salud no cubre estos medicamentos.
- ₄ Estos medicamentos o copagos cuestan demasiado.
- ₅ Para mí es difícil ir al médico/centro médico.
- ₆ Tomar estos medicamentos sería inconveniente.
- ₇ Me preocupaban los posibles efectos secundarios o las complicaciones de estos medicamentos.
- ₈ Me preocupaba perder trabajo por tomar estos medicamentos.
- ₉ Mis familiares me decían que no tomara estos medicamentos.
- ₁₀ Mis amigos me decían que no tomara estos medicamentos.
- ₁₁ Estoy tomando demasiados medicamentos.
- ₁₂ No me gusta tomar medicamentos.
- ₁₃ Mi médico no me recomendó estos medicamentos para mi tipo de enfermedad de seno.
- ₁₄ Otro: _____

9. ¿En qué fecha completó este formulario? --
Mes Día Año

Muchas gracias.

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