SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM MEN01: Baltimore Longitudinal Study of Aging Questions

PROMPT: DO NOT ADMINISTER FORM IF PARTICIPANT IS CURRENTLY PREGNANT.

SECTION A: GENERAL INFORMATION

A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |___| - |___|___| - |___|___|___|___| - |___|

A2. WIHS STUDY VISIT #: |____|____|

A3. FORM VERSION: **1 0 / 0 1 / 1 1**

A4. DATE OF INTERVIEW: |___|___| / |___|___| / |___|___|
M D Y

A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |___|___|___|

A6. TIME MODULE BEGAN: |___|___| : |___|___| AM 1
PM 2

SECTION B: BLSA QUESTIONS

B1. **PROMPT: HAND PARTICIPANT FOLLOW-UP RESPONSE CARD M3.**
A continuación se enumera una lista de problemas comunes que nos afectan de vez en cuando en nuestra vida diaria. Pensando en las dos últimas semanas, por favor dígame con qué frecuencia usted experimentó alguno de los siguientes.

¿Con qué frecuencia ha tenido usted ...	**No en todos los**	**1 – 5 días**	**6 – 8 días**	**9 – 13 días**	**Todos los días**
a. Dolores de espalda o molestias en la columna?.	1	2	3	4	5
b. Sequedad vaginal?.....	1	2	3	4	5
c. Sentirse decaída o deprimida?.....	1	2	3	4	5
d. Mareos?.....	1	2	3	4	5
e. Olvidos?	1	2	3	4	5
f. Cambios frecuentes de humor?	1	2	3	4	5
g. Taquicardia?.....	1	2	3	4	5
h. Sentimientos de temor sin razón?	1	2	3	4	5
i. Dolores de cabeza?.....	1	2	3	4	5
j. Dolor o sensibilidad en los pechos?	1	2	3	4	5
k. Irritación / picazón vaginal?.....	1	2	3	4	5
l. Pérdidas vaginales?	1	2	3	4	5
m. Molestias / dolor vaginal?	1	2	3	4	5

WIHS ID#

B2. **PROMPT: HAND PARTICIPANT FOLLOW-UP RESPONSE CARD M3.**
Estas preguntas se refieren a sus hábitos de sueño en las últimas dos semanas. Por favor elija una respuesta para cada una de las siguientes preguntas. Elija la respuesta que mejor describa la frecuencia con la que experimentó esta situación durante las últimas 2 semanas.

En las dos últimas semanas ...

	No, no en las 2 últimas semanas	**Sí, a menos de una vez por semana**	**Sí, 1 o 2 veces a la semana**	**Sí, 3 o 4 veces a la semana**	**Sí, 5 o más veces a la semana**
a. ¿Tuvo dificultad para quedarse dormida?	1	2	3	4	5
b. ¿Se despertó varias veces durante la noche?	1	2	3	4	5
c. ¿Se despertó más temprano de lo que tenía previsto y luego no pudo volverse a dormir?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se relaciona con sus hábitos normales de sueño sólo durante el último mes. Su respuesta debería dar la descripción más precisa con respecto a la mayoría de los días y noches del último mes.

B3. Durante el último mes, ¿Cómo describiría su calidad de sueño en líneas generales?

Muy bueno.....1
Bastante bueno 2
Bastante malo 3
Muy mal 4

B4. TIME MODULE ENDED: |___|___| : |___|___| AM..... .1
PM..... .2