

SECTION B. SOCIODEMOGRAPHICS

B1. ¿En qué país nació usted?

- UNITED STATES1 (B3)
- PUERTO RICO OR OTHER U.S. TERRITORIES.....2 (B2)
- OTHER3
- SPECIFY: _____

B2. ¿En qué año vino a vivir a los EE.UU.?

(IF SEVERAL MOVES, CODE MOST RECENT.)

|_|_|_|_|
YEAR

B3. ¿En qué ciudad y estado nació?

Ciudad: _____

Estado: _____

B4. ¿Cuál es el grado máximo de escolaridad que **usted** completó?

- NO SCHOOLING1
- GRADES 1 TO 62
- GRADES 7 TO 113
- COMPLETED HIGH SCHOOL / DIPLOMA OR GED4
- SOME COLLEGE / ASSOCIATES DEGREE5
- COMPLETED 4 YEARS OF COLLEGE (BA/BS)6
- ATTENDED / COMPLETED GRADUATE SCHOOL.....7

B5. ¿Cuál es el grado máximo de escolaridad que **su madre** completó?

- NO SCHOOLING1
- GRADES 1 TO 62
- GRADES 7 TO 113
- COMPLETED HIGH SCHOOL / DIPLOMA OR GED4
- SOME COLLEGE / ASSOCIATES DEGREE5
- COMPLETED 4 YEARS OF COLLEGE (BA/BS)6
- ATTENDED / COMPLETED GRADUATE SCHOOL.....7

B6. ¿Recibió alguna transfusión de sangre entre 1975 y 1985?

- YES1
- NO2

B7. ¿Ha estado alguna vez encarcelada (estuvo en prisión o en la cárcel)?

- YES1
- NO2

(SECTION C)

a. ¿Cuántas veces?

|_|_|_|_| TIMES

b. ¿Por cuántos años en total ha estado en prisión?

|_|_|_| YEARS

SECTION C: MEDICAL AND HEALTH HISTORY

INTRODUCTION: Para las siguientes preguntas voy a usar las palabras "trabajador de salud" para referirme a cualquier médico, enfermera o auxiliar de médicos a quien Ud. haya acudido para cuidado médico.

C1. a. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene cancer en el cérvix?

YES1
NO2 (C2)

b. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo que usted tiene cancer en el cerviz? Sólo necesito saber el año.

|_|_|_|_|
YEAR

c. ¿Alguna vez le han hecho una cirugía para tratar el cáncer del cérvix? Es decir, ¿ha sido admitida en un hospital y tuvo una cirugía en la sala de operaciones?

YES1
NO2

d. ¿Alguna vez le han hecho un “CAT” o “MRI” de su abdomen? (una máquina en forma de rosca que toma fotografías especiales)?

YES1
NO2

e. ¿Alguna vez le han dicho que necesita hacerse una cirugía o tratamiento con radiación?

YES1
NO2

C2. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene algun otro tipo de cáncer, incluyendo en la piel, linfoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Hodgkin, cáncer en el seno, o cáncer en algun órgano femenino – la vulva, trompas de falopio, ovarios o el útero?

YES1
NO2 (C13)

WIHS ID #

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ C3 – C12]
(FOR EACH YES, ASK SUBQUESTION “a”)

	<u>YES</u>	<u>NO / NEVER HEARD OF IT</u>	
C3. Cáncer de los senos?.....	1	2 (C4)	_ _ _ _
<p>b. ¿Alguna vez un cirujano le ha tenido que extraer un quiste? No se trata de una biopsia con aguja, sino de una cortada que necesita puntos para cicatrizar.</p> <p style="margin-left: 40px;">YES..... 1</p> <p style="margin-left: 40px;">NO..... 2</p>			
<p>c. ¿Alguna vez la han removido un seno?</p> <p style="margin-left: 40px;">YES..... 1</p> <p style="margin-left: 40px;">NO..... 2</p>			
	<u>YES</u>	<u>NO / NEVER HEARD OF IT</u>	
C4. Cáncer de ovario?	1	2 (C5)	_ _ _ _
C5. Cáncer del útero?.....	1	2 (C6)	_ _ _ _
C6. Sarcoma de Kaposi's (KS)?.....	1	2 (C7)	_ _ _ _
C7. Linfoma?.....	1	2 (C8)	_ _ _ _
C8. Linfoma en el cerebro?	1	2 (C9)	_ _ _ _
C9. Enfermedad de Hodgkin?	1	2 (C10)	_ _ _ _
C10. Cáncer de la piel (no KS)?.....	1	2 (C11)	_ _ _ _
C11. Cáncer del hígado?	1	2 (C12)	_ _ _ _
C12. Otro.....	1	2 (C13)	_ _ _ _

a. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo eso? Sólo necesito saber el año.

a. ¿Cuándo fue la primera vez que se le dijo eso? Sólo necesito saber el año.

SPECIFY: _____

C13. PLEASE RECORD THE TOTAL NUMBER OF CANCERS REPORTED AT THIS VISIT. DO NOT FORGET TO INCLUDE CERVICAL CANCER IF REPORTED IN QUESTION C1a, IN ADDITION TO ALL CANCERS REPORTED IN QUESTIONS C3 – C12.

|_|_|_| CANCERS

PROMPT: IF QUESTION C13 = 00, SKIP TO QUESTION C18.

START F20s1

PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C13, COMPLETE QUESTIONS C14–C15. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C13. INDICATE THE LOCATION OF EACH REPORTED CANCER IN a, THEN COMPLETE b–f AS INDICATED FOR EACH. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED CANCERS IS GREATER THAN TWO, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 5.

C14. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C14a.

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c) 2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo? 1 (d) 2 (C15)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (C15)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se diseminó, de un cáncer anterior? 1 (f) 2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estaba este el cáncer originalmente? _____ (C15)

C15. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C15a.

Ahora voy a preguntarle un poco más sobre su diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION). YES NO

b. ¿Es este su primer diagnóstico de cáncer? 1 (c) 2 (e)

c. Cuando le hicieron este diagnóstico de cáncer en el/la (LOCATION), también le dijeron que estaba metastizado, o que se le extendió a otra parte del cuerpo? 1 (d) 2 (C16)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (C16)

e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se diseminó, de un cáncer anterior? 1 (f) 2 (f)

f. ¿En qué parte de su cuerpo estaba este el cáncer originalmente? _____ (C16)

END F20s1

PROMPT: IF ANY OF C1–C12 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C14c/C15c OR C14e/C15e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.

YES NO

C16. ¿Alguna vez recibió quimioterapia para tratar el cáncer? 1 2

C17. ¿Alguna vez recibió tratamiento radiactivo?..... 1 2

C18. ¿Alguna vez se la ha diagnosticado el asma, o ha empeorado su asma?
 YES1
 NO2 (C19)

a. ¿Hace aproximadamente cuántos años le comenzó el asma? |__|__| YEARS

C19. Ha alguna vez recibido tratamiento para prevenir el contagio a la Tuberculosis (o TB)? En la mayoría de los casos, esta clase de medicina se receta después de una reacción positiva a una prueba sanguínea o cutánea de tuberculosis.

YES1
 NO2 (C20)

a. En que año comenzo a recibir esta medicina? |__|__|__|__| YEAR

b. Cuantas pildoras tomo diario en este tratamiento preventive contra la TB? |__|__| PILLS

c. Por cuanto tiempo tomo esta medicina?
 Menos que 3 meses 1
 3 - 6 meses 2
 6 - 9 meses 3
 Mas que 9 meses 4

d. Estaba Ud. En una institucion correccional o ancianoto o otra durante el tiempo en que recibio este tratamiento preventivo?
 YES1
 NO2

C20. Ahora voy a preguntarle de otras condiciones de salud que pueden requerir atención médica. ¿Ha tenido alguna vez una o más de las siguientes condiciones de salud que requieren atención médica?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Alta presión sanguínea o hipertensión	1	2
b. Nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes	1	2
c. Lupus o artritis reumatoide o alguna enfermedad reumatoidea	1	2
d. Una operación para removerle el bazo (<i>spleen</i>).....	1	2
e. Sinusitis, una infección en los senos faciales (<i>sinuses</i>) que requirió tratamiento con antibióticos.....	1	2
f. UTI, infección del tracto urinario o una infección de la vejiga o riñones que requirió tratamiento con antibióticos	1	2

WIHS ID #

C21. ¿Alguna vez ha tenido que hospitalizarse o tomar medicamentos para tratar la depresión?

YES1
NO2

C22. ¿Alguna vez le ha dicho su proveedor de cuidado médico que usted tiene Hepatitis C?

YES1
NO2 (C24)

C23. ¿Le ha ofrecido alguien, alguna vez, un tratamiento para la Hepatitis C?

YES1
NO2 (C24)

a. ¿Estuvo usted de acuerdo en que le dieran un tratamiento para la Hepatitis C?

YES1
NO2 (C24)

b. ¿Cuándo empezó el tratamiento para hepatitis C? Sólo necesito saber el año. |_|_|_|_|
YEAR
(IF MORE THAN ONCE, ENTER DATE OF MOST RECENT TREATMENT START.)

c. ¿Está Ud. todavía en tratamiento para hepatitis C?

YES1 (C24)
NO2

d. ¿Cuándo interrumpió el tratamiento para hepatitis C? Sólo necesito saber el año. |_|_|_|_|
YEAR
(IF MORE THAN ONCE, ENTER DATE OF MOST RECENT TREATMENT STOP.)

C28. ¿Le ha dicho alguna vez el médico (asistente médico, enfermera) que se había osteopenia u osteoporosis u baja densidad mineral en los huesos (eso es, disminución de la densidad o debilitamiento de los huesos)?

YES.....1
 NO2

C29. ¿Alguna vez un profesional de salud le ha dicho que se había quebrado o fracturado la ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Cadera?	1	2 (b)
1. ¿Cuántos años tenía? __ __		
2. Esa fractura ocurrió		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura	1 (b)	2
ii. Debido a una caída más severa	1 (b)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave	1 (b)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2
b. Muñeca (sin incluir el antebrazo ni la mano)?	1	2 (c)
1. ¿Cuántos años tenía? __ __		
2. Esa fractura ocurrió		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura	1 (c)	2
ii. Debido a una caída más severa	1 (c)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave	1 (c)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2
c. Columna vertebral?	1	2 (C30)
1. ¿Cuántos años tenía? __ __		
2. Esa fractura ocurrió		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura	1 (C30)	2
ii. Debido a una caída más severa	1 (C30)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave	1 (C30)	2
iv. Otro / No sabe.....	1	2

C30. ¿Ha tenido alguna vez una lesión seria en la cabeza – o sea, tuvo una lesión en su cabeza, cráneo o cerebro? (Una lesión seria en la cabeza también puede estar asociada con mareos, confusión, dolor que dura después de la lesión, pérdida de la conciencia o necesidad de ir al hospital).

YES.....1
 NO2 (C32)

a. ¿Cuántas lesiones en la cabeza ha tenido?

|__|__|__|
 # HEAD INJURIES

PROMPT: FOR EACH HEAD INJURY INDICATED IN QUESTION C30a, COMPLETE QUESTIONS C31a to g. THE NUMBER OF SUBFORMS COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C30a. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED HEAD INJURIES IS GREATER THAN ONE, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 10.

C31. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de cada una de estas lesiones. Comencemos con la que ocurrió primero.

a. ¿Cómo sucedió?

- Tuve una caída y me golpeé la cabeza.....1
- Accidente de automóvil2
- Lesión haciendo deportes.....3
- Violencia física4
- Otra5

SPECIFY: _____

b. ¿Cuántos años tenía cuando sucedió? |_|_|_| YEARS

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| c. ¿Fue a un doctor debido a la lesión? | 1 | 2 |
| d. ¿Debió permanecer hasta el día siguiente en el hospital debido a la lesión? | 1 | 2 |
| e. ¿Perdió la conciencia o “estuvo noqueada” debido a la lesión? | 1 | 2 (f) |

i. ¿Por cuánto tiempo estuvo inconsciente? (**PROBE:** ¿Cuántos minutos, horas o día?)

- |_|_|_| MINUTES.....1
- |_|_| HOURS2
- |_|_| DAYS3

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| f. ¿Tuvo una fractura de cráneo?..... | 1 | 2 |
| g. ¿Tuvo un ataque repentino o convulsiones durante los 7 días posteriores a la lesión en la cabeza?..... | 1 | 2 |

C32. ¿Le ha dicho alguna vez un proveedor de cuidado médico (médico, dentista, enfermera especializada o un auxiliar médico) que usted padece de las siguientes:

- | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
|-----------------------------------------------------|------------|-----------|
| a. Culebrilla (Herpes Zoster)..... | 1 | 2 |
| b. Erupciones de la piel (salpullido)..... | 1 | 2 |
| c. Candida o sapito, hongos dentro de la boca | 1 | 2 |
| d. Herpes en o alrededor de su boca (ampollas)..... | 1 | 2 |

WIHS ID #

C33. ¿Le ha dicho alguna vez un trabajador de salud que su conteo de las células CD4 (el conteo de las células T) es menor de 200 o más bajo del 14%?

YES1
NO / NEVER HEARD OF IT2

C34. En algún momento, ¿se le ha hecho alguna biopsia? Una biopsia es cuando se remueve una muestra de tejido, muchas veces un nódulo o una masa, con una aguja o mediante una incisión.

YES1
NO2 (C35)

¿En qué parte de su cuerpo? ¿Fue una:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Biopsia de los pulmones?.....	1	2
b. Biopsia de la piel?.....	1	2
c. Biopsia de la medula espinal?.....	1	2
d. Biopsia de la cervix?.....	1	2
e. Biopsia de el seno?.....	1	2
f. Biopsia de hígado.....	1	2
g. Biopsia de útero o endometrio?.....	1	2
h. Otra parte del cuerpo, no previamente mencionada?	1	2

SPECIFY: _____

C35. ¿Alguna otra enfermedad crónica que requirió tratamiento médico u hospitalización, excluyendo la infección por el VIH?

YES1
NO2 (C36)

LIST ILLNESSES IN a THROUGH h BELOW. (PROBE: ¿Alguna otra?)

a. _____	e. _____
b. _____	f. _____
c. _____	g. _____
d. _____	h. _____

WIHS ID #

C36. En algún momento, ¿le pusieron a usted alguna de las siguientes vacunas?
FOR EACH “YES” RESPONSE, ASK: ¿Cuándo fue la primera vez? Sólo necesito saber el año.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	i. <u>YEAR</u>
a. Hepatitis A	1	2 (b)	_ _ _ _
b. Hepatitis B	1	2 (c)	_ _ _ _
c. Pneumovax	1	2 (d)	_ _ _ _
d. Varicella (chicken pox)	1	2 (e)	_ _ _ _
e. Tétano	1	2 (f)	_ _ _ _
f. Viruela	1	2 (g)	_ _ _ _
g. La gripe	1	2 (SECTION D)	_ _ _ _

SECTION D. OBSTETRIC, GYNECOLOGICAL AND CONTRACEPTIVE HISTORY

INTRODUCTION: Ahora voy a preguntarle sobre sus embarazos previos, su historial ginecológico y métodos anticonceptivos.

D1. ¿Ha estado encinta alguna vez?

YES1
 NO2 (D12)

D2. ¿Está Ud. embarazada actualmente?

YES1
 NO2

D3. ¿Cuántas veces ha estado embarazada (excluyendo el actual)? Por favor, incluya todos sus embarazos, no importa como hayan resultado.

|_|_| PREGNANCIES

START F20s2

- INSTRUCTIONS:**
- **READ:** Ahora voy a preguntarle acerca de todos sus embarazos (excluyendo el actual). Comencemos con el primer embarazo.
 - **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 8.**
 - **COMPLETE FOR ALL PREGNANCIES REPORTED AT D3, THEN SKIP TO QUESTION D11.**

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el mes y año.
D4. 1st	Nacido vivo1 Nacido muerto2 Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico).....3 (c) Aborto Espontáneo (Aborto natural)4 (c)	Embarazo Ectópico 5 (c) Otro6 (c) _____ (SPECIFY)	_ _ # BABIES _ _ / _ _ M Y

WIHS ID #

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el mes y año.
D5. 2nd	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y
D6. 3rd	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y
D7. 4th	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y
D8. 5th	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y
D9. 6th	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y
D10. 7th	LIVE BIRTH.....1 ECTOPIC PREG..... 5 (c) STILLBIRTH.....2 OTHER..... 6 (c) ABORTION3 (c) MISCARRIAGE4 (c) _____ (SPECIFY)	__ __ # BABIES	__ __ / __ __ M Y

END F20s2

PROMPT: IF THE PARTICIPANT REPORTED MORE THAN SEVEN PREGNANCIES, XEROX THIS PAGE AND INSERT AFTER PAGE 13.

D11. ¿Ha amamantado alguna vez?

YES1
 NO2 (D12)

a. ¿Por cuántos años en total ha amamantado, aproximadamente?

|__|__|
 YEARS

PROMPT: IF PARTICIPANT IS CURRENTLY PREGNANT, SKIP TO QUESTION D14.

D12. ¿Ha tenido usted, alguna vez, una histerectomía, extirpación del útero/matriz?

YES1
 NO2 (D14)

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

a. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el año.
(PROBE: Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

____|____|____|____|
YEAR

D13. ¿Por qué le hicieron la histerectomía? ¿Fue debido a:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fibroides (miomas)?	1	2
b. Infección?	1	2
c. Cáncer?	1	2
d. Complicaciones del embarazo/parto?	1	2
e. Hemorragia no relacionada con el embarazo?	1	2
f. Alguna otra razón?.....	1	2 (D14)
SPECIFY: _____		

PROMPT: IF D13c = YES, THEN COMPLETE ABSTRACT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

D14. ¿Se le ha sacado uno o ambos ovarios? (PROBE: ¿Uno o ambos?)

NO OVARIES REMOVED	1
ONE OVARY REMOVED	2
BOTH OVARIES REMOVED	3

D15. ¿Ha tenido alguna vez un procedimiento de esterilización permanente, tal como ligadura de trompas o procedimiento para insertar el dispositivo anticonceptivo Essure?

YES	1
NO	2 (D16)

a. ¿Le han hecho la operación para soltarlas/unirlas?

YES	1
NO	2

D16. ¿Alguna vez ha tomado la píldora (anticonceptivos orales)?

YES	1
NO	2 (D17)

a. ¿Durante cuántos años en total ha usado la píldora (anticonceptivos orales)? ¿Diría Ud. que las tomó durante:

Menos de un año	1
1 a 5 años.....	2
Más de 5 años.....	3

D17. Alguna vez, ¿se ha hecho una prueba de Pap (*Pap Smear*, prueba Papanicolaou, un examen para la detección temprana del cáncer de cérvix)?

YES	1
NO	2 (D19)

a. ¿Cuándo se hizo su prueba de Pap más reciente? Sólo necesito saber el año. (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

YEAR			

D18. Alguna vez, ¿se le ha dicho que el resultado de su prueba de Pap fue anormal?

YES1
 NO2

D19. Alguna vez, ¿Tuvo una colposcopia? (**PROBE:** En una colposcopia se usa un instrumento similar a unos binoculares para examinar el cuello uterino y se podría o no tomar muestra para una biopsia.)

YES1
 NO2

D20. Alguna vez, ¿Fue usted tratada por alguna anomalía en el cuello del útero?

YES1
 NO2 (**D22**)

D21. Qual fue el tratamiento:

La criocirugía (el congelar de la cerviz) 1
 Loop, LEEP or LETZ (corte eléctrico de la cerviz) 2
 Conization del laser o ablación (un laser fue utilizado) 3
 Histerectomia (cirugia bajo anestesia; cirugia que remueve el utero) 4
 Ninguno de los anteriormente mencionado 5

D22. Alguna vez, ¿ha recibido tratamiento por alguna otra condicion gynecologa?

YES1
 NO2 (**D23**)

a. Para que recibiste el tratamiento? SPECIFY: _____

Alguna vez, ¿le ha dicho algún trabajador de salud (médico, enfermera, partera o auxiliar de médicos o enfermera especializada) que Ud. ha padecido de:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
D23. Gonorrea (GC, the clap)?	1	2
D24. Sífilis?.....	1	2
D25. Clamidia?.....	1	2
D26. PID, enfermedad inflamatoria de la pelvis?	1	2
D27. Herpes en o alrededor del área genital? (PROBE: Su vagina o no)	1	2
D28. Verrugas en o alrededor del área genital? (PROBE: Su vagina o no)	1	2
D29. Vaginitis Tricomonas?.....	1	2
D30. Vaginosis bacterial, VB?	1	2
D31. Infección vaginal causada por candida u hongos?	1	2

WIHS ID #

D32. ¿Se ha hecho la mamografía alguna vez? (**PROBE:** Un mamografía es un tipo de rayo x especial para examinar los senos.)

YES1
NO2 (**SECTION E**)

a. ¿Cuándo se hizo el mamografía más reciente? Sólo necesito saber el año. |_|_|_|_|
YEAR
(**PROBE:** Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

D33. ¿Su mamografía más reciente fue hecho:

Como examen de rutina o debido a su edad1
Porque existe una historia familiar de cáncer de los senos.....2
Para evaluar una masa o un nódulo3
Por alguna otra razón4

SPECIFY: _____

SECTION E. CIGARETTE AND DRUG USE AND SEXUAL BEHAVIOR

E1. Estas preguntas están relacionadas con el consumo de cigarrillos. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos (alrededor de 5 cajetillas) en su vida?

YES1
NO2 (**E6**)

E2. ¿Fuma cigarrillos actualmente?

YES1 (**E5**)
NO2

E3. ¿Cuándo dejó de fumar cigarrillos? (**PROBE:** La vez más reciente.)
Sólo necesito saber el mes y el año.

|_|_|_| / |_|_|_|
M Y

E4. Antes de dejar de fumar, ¿cuántos cigarrillos, en promedio, fumaba por día?

|_|_|_| PACKS1
NUMBER CIGARETTES2

E5. ¿Durante cuántos meses o años en total [ha fumado/fumó] cigarrillos?

(**PROBE:** Sin contar los años en que Ud. no fumó cigarrillos.)
(**PROBE:** Si no puede recordar exactamente, por favor, deme el mejor estimado que pueda.)

|_|_| YEARS AND |_|_|_| MONTHS

E6. ¿Hubo alguna vez algún período de tiempo en particular durante el cual Ud. bebió más de lo que ha bebido en los últimos seis meses?

YES1
NO2 (**E10**)

WIHS ID #

		MENTIONED		i. ¿Ha estado e [program] durante los últimos meses?	
				YES	NO
¿Qué programa? (PROBE: ¿Algún otro?) [FOR EACH "YES" ASK QUESTION "i"]					
c.	HALFWAY HOUSE.....	1	2 (d)	1	2
d.	ALCOHOLICS ANONYMOUS.....	1	2 (e)	1	2
e.	OTHER ALCOHOL TREATMENT PROGRAM	1	2 (E11)	1	2
SPECIFY: _____					

INTRODUCTION: Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el uso de drogas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales.

E11. En algún momento, ha usted usado marijuana, cualquiera médicos o de esparcimiento, cocaína, crack, heroína, amfetaminas or methamfetaminas, hallucinogens, drogas “de club” (como extasis), metadona o narcoticos que no han sido recetados por su medico, o cualquier otro ilícito de drogas o de recreo?

YES1
NO2 (E28)

PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 10 FOR USE IN ANSWERING QUESTIONS E12a – E28a AND E34.

E12. En algún momento, ¿ha usado marihuana o hachís?

YES1
NO2 (E13)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usaba Ud. marihuana o hachís?

Menos de una vez al mes.....1
Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
Una vez por semana3
2 a 3 veces por semana4
4 a 6 veces por semana5
Una vez al día.....6
Más de una vez al día7

b. Fue el uso de la marihuana médica (es decir, prescritas por un médico) o de recreación, o ambos?

Era médico.....1
Se recreativas.....2
Era médico y de esparcimiento.....3

E13. En algún momento, ¿ha fumado crack?

YES1
NO2 (E14)

- a. En promedio, ¿con que frecuencia fumado Ud. crack?
- Menos de una vez al mes.....1
 - Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
 - Una vez por semana3
 - 2 a 3 veces por semana4
 - 4 a 6 veces por semana5
 - Una vez al día.....6
 - Más de una vez al día7

E14. En algún momento, ¿ha inyectó sólo crack?

- YES1
- NO2 **(E15)**

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. crack?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E15. En algún momento, ¿ha inhalado cocaína?

- YES1
- NO2 **(E16)**

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inhalado cocaína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E16. En algún momento, ¿ha inyectó sólo cocaína?

- YES1
- NO2 **(E17)**

- a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. cocaína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E17. En algún momento, ¿ha inhalado heroína?

- YES1
- NO2 (E18)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inhalado heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E18. En algún momento, ¿ha fumado heroína?

- YES1
- NO2 (E19)

a. En promedio, ¿con que frecuencia fumado Ud. heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E19. En algún momento, ¿ha inyectó sólo heroína?

- YES1
- NO2 (E20)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. heroína?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E20. En algún momento, ¿ha inyectó *Speedball* (una combinación de heroína y cocaína)?

- YES1
- NO2 (E21)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. inyectó *Speedball* (una combinación de heroína y cocaína)?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E21. En algún momento, ¿ha inhaldo o fumado metanfetamina (crank, cristal-met, tina)

- YES1
- NO2 (E22)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inhaldo o fumado Ud. metanfetamina?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E22. En algún momento, ¿ha inyectó sólo metanfetamina (crank, cristal-met, tina)?

- YES1
- NO2 (E23)

a. En promedio, ¿con que frecuencia inyectó Ud. metanfetamina?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E23. En algún momento, ¿ha usado metadona, cuando no se la recetó un médico?

- YES1
- NO2 (E24)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. metadona, cuando no se la recetó un médico?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E24. En algún momento, ¿ha usado anfetaminas (speed, aceleradores, uppers)?

YES1

NO2 (E25)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. anfetaminas?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana3

2 a 3 veces por semana4

4 a 6 veces por semana5

Una vez al día.....6

Más de una vez al día7

E25. En algún momento, ¿ha usado alucinógenos tal como LSD, PCP, hongos, peyote?

YES1

NO2 (E26)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. alucinógenos?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana3

2 a 3 veces por semana4

4 a 6 veces por semana5

Una vez al día.....6

Más de una vez al día7

E26. En algún momento, ¿ha usado drogas de club tal como éxtasis, XTC, cetamina, o GHB?

YES1

NO2 (E27)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. drogas de club?

Menos de una vez al mes.....1

Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2

Una vez por semana3

2 a 3 veces por semana4

4 a 6 veces por semana5

Una vez al día.....6

Más de una vez al día7

E27. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna otra droga tales como píldoras narcóticas (morfina, codeína, oxycodone o Demerol), cuando no se la recetó un médico?

YES1

NO2 (b)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. otra droga tales como píldoras narcóticas, cuando no se la recetó un médico?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

b. En algún momento, ¿se ha inyectado algún narcótico?

- YES1
- NO2

E28. En algún momento, ¿ha usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium, le fueron recetadas a Ud. o no?

- YES1
- NO2 (E29)

a. En promedio, ¿con que frecuencia usado Ud. alguna tranquilizantes, píldoras para dormir, barbitúricos, o valium?

- Menos de una vez al mes.....1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana ..2
- Una vez por semana3
- 2 a 3 veces por semana4
- 4 a 6 veces por semana5
- Una vez al día.....6
- Más de una vez al día7

E29. ¿Alguna vez le ha sangrado la nariz por inhalar o aspirar drogas?

- YES1
- NO2

E30. ¿Le ha sangrado la nariz a alguna otra persona mientras estaba inhalando o aspirando drogas con usted?

- YES1
- NO2

E31. **INTERVIEWER, BASED ON RESPONSES TO QUESTIONS E14 (crack), E16 (cocaine), E19 (heroin), E20 (speedball), E22 (methamphetamine), AND E27b (narcotic drugs), HAS PARTICIPANT EVER INJECTED DRUGS?**

- YES1
- NO2 (E40)

E32. ¿Cuántos años tenía cuando se inyectó drogas de la calle por primera vez? |_|_|_|
(PROBE: Por favor, déme su mejor estimado.)

E33. ¿Cuántos años tenía cuando se inyectó drogas de la calle por última vez? |_|_|_|
(PROBE: Por favor, déme su mejor estimado.)

WIHS ID #

E34. Cuando se inyectaba drogas de la calle, ¿con qué frecuencia promedio las usaba?

- Menos de una vez al mes1
- Menos de una vez al mes menos de una vez por semana.....2
- Una vez por semana.....3
- 2 a 3 veces por semana.....4
- 4 a 6 veces por semana.....5
- Una vez al día6
- Más de una vez al día.....7

E35. ¿Se las inyectó, alguna de esas veces, en un escondite (*shooting gallery*)?

- YES1
- NO2

E36. ¿Alguna vez, aunque sea solo una vez, usó una aguja o jeringa ya usada por otra persona? Cuando digo “utensilios” (“works”) quiero decir agujas, jeringas y / o elementos para cocinar.

- YES1
- NO2 (E40)

E37. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a usar agujas o jeringas ya usadas por otra persona? (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

E38. ¿Cuántos años tenía cuando se usado una aguja o “utensilios” (“works”) después de que alguien la hubiera usado? (**PROBE:** Por favor, déme su mejor estimado.)

E39. ¿Cuántas veces, ha usado una aguja o jeringa después de que alguien la hubiera usado?

- Rara vez1
- Menos de la mitad de las veces.....2
- La mitad del tiempo3
- Más de la mitad de las veces.....4
- En todo momento5

E40. ¿Ha estado usted en un programa de tratamiento para adictos a las drogas, incluyendo los centros de desintoxicación con o sin reclusión, programas de mantenimiento con metadona, casas de recuperación, Narcóticos Anónimos, programas en la prisión o cárcel y /o cualquier otro(s) programa(s).

- YES1
- NO2 (E41)

¿Qué programa? (PROBE: ¿Algún otro?) [FOR EACH “YES” ASK SUBQUESTIONS i AND ii]	MENTIONED		i. ¿Cuántas veces comenzó (program)?	ii. ¿Cuántos días (total) estuvo en este tipo de programa?
	YES	NO		
a. INPATIENT DRUG DETOX	1	2 (b)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> #TIMES	
b. OUTPATIENT DRUG DETOX	1	2 (c)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> #TIMES	
c. METHADONE MAINTENANCE PROGRAM	1	2 (d)	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> #TIMES	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 15px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div> # DAYS

WIHS ID #

¿Qué programa? (PROBE: ¿Algún otro?) [FOR EACH “YES” ASK SUBQUESTIONS i AND ii]	MENTIONED		i. ¿Cuántas veces comenzó (program)?	ii. ¿Cuántos días (total) estuvo en este tipo de programa?
	YES	NO		
d. HALFWAY HOUSE.....	1	2 (e)	_____ #TIMES	_____ # DAYS
e. NARCOTICS ANONYMOUS	1	2 (f)		_____ # DAYS
f. PRISON OR JAIL-BASED TREATMENT PROGRAM.....	1	2 (g)	_____ #TIMES	_____ # DAYS
g. OTHER PROGRAMS?.....	1	2 (E41)		
SPECIFY: _____			_____ #TIMES	_____ # DAYS

INTRODUCTION: Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre todo tipo de conducta sexual con hombres o mujeres, incluyendo prostitución o relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas, o alojamiento (albergue). Comprendo que esto es muy personal, pero sus respuestas son muy importantes para este estudio. Hay muchas personas diferentes en este estudio, y puede ser que muchas de las preguntas no se apliquen a Ud.

E41. El primer grupo de preguntas es sobre todos los hombres con los que Ud. haya tenido relaciones sexuales en su vida. En este caso, "relaciones sexuales" incluye sexo vaginal (cuando un hombre introduce el pene en su vagina), ambos tipos de sexo oral (el pene dentro de su boca y/o cuando un hombre pone la lengua en o dentro de su vagina), y sexo anal (sexo por su trasero/fundillos/culo). ¿Con cuántos hombres o muchachos distintos ha tenido relaciones sexuales en su vida?
(PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con un hombre, ya sea con o sin su consentimiento.)
(PROBE: Por favor, deme el mejor estimado que pueda.)
(CODE AS “000” IF NONE)

MALE PARTNERS

PROMPT: IF RESPONSE AT E41 = “000” SKIP TO E49.

E42. ¿Qué edad tenía Ud. cuando tuvo su primera experiencia sexual con un hombre o muchacho, con o sin su consentimiento? _____
YEARS OLD

Desde 1978, ¿tuvo relaciones sexuales de cualquier tipo (vaginal, oral o anal) con un hombre que Ud. supo que... YES NO

E43. ... alguna vez se inyectó drogas (con una aguja; es decir *skin popping*, inyectada debajo de la piel *shooting up*, o inyectarse por vía intravenosa) sin que fueran prescritas por un médico?..... 1 2

E44. ...tenía hemofilia (un trastorno que produce sangrados que duran por largo tiempo o que no se detienen)?..... 1 2

E45. ...dio resultado positivo a la prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) o que se enfermó o murió de SIDA o por síntomas relacionados con el SIDA? 1 2

E46. ...alguna vez haya tenido relaciones sexuales con otro hombre? 1 2

E47. ¿Con cuántos hombres diferentes (incluyendo adultos y muchachos) tuvo relaciones sexuales, en los últimos cinco años? (CODE AS "000" IF NONE) |_|_|_|_|
MALE PARTNERS

E48. ¿Alguna vez tuvo sexo anal (sexo por su trasero/fundillos/culo) con un compañero?

YES1
NO2

E49. Ahora voy a preguntarle sobre relaciones sexuales con compañeras, o sea, con mujeres. En este caso, "relaciones sexuales" incluye sexo vaginal (cuando ella le mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales, consoladores o vibradores en o dentro de su vagina), relaciones sexuales orales (cuando Ud. o ella pone la lengua o la boca en o dentro de sus vaginas) y sexo anal (cuando ella mete los dedos, puños, la lengua, juguetes sexuales o consoladores en su recto). ¿Alguna vez tuvo relaciones sexuales con una mujer (sea adulta o joven)?

(PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, con o sin su consentimiento.)

YES1
NO2 (E55)

E50. ¿Con cuántas mujeres (adultas o jóvenes) ha tenido relaciones sexuales en su vida?

(PROBE: Esto incluye cualquier experiencia sexual con mujeres, ya sea con o sin consentimiento.)

(PROBE: Por favor, deme el mejor estimado que pueda.)

|_|_|_|_|
FEMALE PARTNERS

Desde 1978, ¿tuvo relaciones sexuales de cualquier tipo (vaginal, oral o anal) con una mujer que Ud. supo que...

YES NO

E51. ... alguna vez se inyectó drogas (con una aguja; es decir *skin popping*, inyectada debajo de la piel *shooting up*, o inyectarse por vía intravenosa) sin que fueran prescritas por un médico? 1 2

E52. ...dio resultado positivo a la prueba del VIH (el virus que causa el SIDA) o que se enfermó o murió de SIDA o por síntomas relacionados con el SIDA? 1 2

E53. ¿Con cuántas mujeres distintas (incluyendo adultas o jóvenes) ha tenido relaciones sexuales en los últimos cinco años? (CODE AS "000" IF NONE) |_|_|_|_|
FEMALE PARTNERS

E54. ¿Alguna vez ha practicado sexo anal (cuando su compañera introduce sus dedos, lengua, juguetes sexuales o un consolador en su recto) con una compañera?

YES1
NO2

