

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
FORM 22 HX: FOLLOW-UP HEALTH HISTORY

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |\_\_| - |\_\_| |\_\_| - |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| - |\_\_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #: |\_\_| |\_\_|
- A3. FORM VERSION: 04 / 01 / 13
- A4. DATE OF INTERVIEW: |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_|  
M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: |\_\_| |\_\_| |\_\_|
- A6. DATE FORM LAST ADMINISTERED |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_|  
M D Y
- A7. TIME MODULE BEGAN: |\_\_| |\_\_| : |\_\_| |\_\_| AM.....1  
PM.....2

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Le haré una serie de preguntas sobre enfermedades y síntomas que Ud. haya usado o tomado desde su última visita al estudio en \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_ . Si desea tomar una pausa durante la entrevista, simplemente dígame.

Finalmente, quiero acentuar que todas sus respuestas son confidenciales, y lo que Ud. conteste no afectará, en ninguna forma, su cuidado clínico.

SECTION B. SYMPTOMS

Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sentido alguno de los siguientes síntomas?:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
B1. fiebre que ha durado más de un mes seguido, con una temperatura más alta de 100 grados Fahrenheit.....	1	2
B3. problemas considerables de la memoria o concentración que han interferido con sus actividades cotidianas, y que duraron más de dos semanas.....	1	2
B4. endormecimiento, hormigueo o sensación de quemazón (ardor) en sus brazos, piernas, manos o pies que duraron más de dos semanas.....	1	2

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
B5. una pérdida imprevista de peso, de 10 libras o más, o un cambio en su talla de ropa a una más pequeña, que duró más de un mes.....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>	2
B6. confusión, perderse en un lugar familiar o la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las funciones mentales de rutina.....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>	2
B7. sudores nocturnos profusos que empapan la ropa de dormir (pijama) o las sábanas .....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">1</div>	2
B8. Nausea y/o vomito .....	1	2
B9. Boca seca .....	1	2
B10. Diarrea .....	1	2
B11. Estrenimiento.....	1	2

**REFER FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS TO PARTICIPANT'S MEDICAL PROVIDER**

**INTRODUCTION:** La siguiente serie de preguntas se relaciona con cambios que usted puede haber notado en la forma de su cuerpo desde su visita al estudio en (MES). Cuando piense en estos cambios, por favor no incluya ningún cambio que se haya debido a haber estado embarazada.

- B12. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha notado algún cambio en la forma de su cuerpo o en la cantidad de grasa en su cuerpo (pérdida o ganancia)?
- YES .....1
- NO .....2 **(B13)**

Para ayudarme a comprender estos cambios, por favor dígame si usted ha notado alguno de los siguientes cambios en su cuerpo desde su visita en (MES):

**PROMPT: USE THE BODY DIAGRAM CARD TO POINT OUT THE LOCATION OF THE SUPRACLAVICULAR AND DORSOCERVICAL FAT PADS, AND AS NEEDED.**

--

¿Ha observado...			¿Fue este cambio de tamaño, un aumento o una disminución?	
	YES	NO	AUMENTO	DISMINUCIÓN
a) Un cambio en el tamaño de uno o de los dos senos (no relacionado con embarazo)?	1	2 <b>(b)</b>	1	2
b) Un cambio en el tamaño del abdomen o de la gordura abdominal?	1	2 <b>(c)</b>	1	2
c) Un cambio en el tamaño de la cintura?	1	2 <b>(d)</b>	1	2
d) Un cambio en la forma de la cara?	1	2 <b>(e)</b>	1	2
e) Un cambio en la cantidad de grasa en los pómulos, cerca de la nariz y la boca?	1	2 <b>(f)</b>	1	2
f) Un cambio en la cantidad de grasa en la parte superior de la espalda?	1	2 <b>(g)</b>	1	2
g) Un cambio en el tamaño del cuello?	1	2 <b>(h)</b>	1	2
h) Un cambio en la cantidad de grasa en los brazos?	1	2 <b>(i)</b>	1	2
i) Un cambio en la cantidad de grasa en las piernas?	1	2 <b>(j)</b>	1	2
j) Un cambio en la cantidad de grasa en las nalgas?	1	2 <b>(B13)</b>	1	2

B13. Ahora quiero preguntarle acerca de las acciones que usted ha tomado para intencionalmente cambiar o mantener la forma de su cuerpo. Desde su última visita al estudio en (MES), ha tomado alguna de las siguientes acciones para influenciar su forma de su cuerpo o distribución de su grasa. Ha usted...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. cambiado su dieta?.....	1	2
b. cambiado sus hábitos de ejercicio?.....	1	2
c. recibido cirugía cosmética tal como implantes, inyecciones, liposucción, reducción del seno o aumento del seno?.....	1	2
d. tenido cirugía relacionada a su peso, incluyendo cirugía gástrica?.....	1	2

**SECTION C: MEDICAL CONDITIONS AND CONCOMITANT ILLNESSES/SYMPTOMS**

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.

**PROMPT: IF PARTICIPANT RESPONDS "YES" TO ANY SECTION C ANSWERS THAT HAVE BEEN SHADED IN GRAY, COMPLETE AN ATC FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

C1. a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de la salud que usted tiene cáncer de la cervix?

YES ..... 1  
 NO ..... 2 (C2)

b. ¿Le han hecho una cirugía (ha sido admitida a el hospital y tenido cirugía en la sala de operaciones) para tratar el cáncer de la cervix?

YES ..... 1  
 NO ..... 2

c. ¿Le han hecho un "CAT" o "MRI" de su abdomen (una máquina en forma de rosca que toma fotografías especiales)?

YES ..... 1  
 NO ..... 2

d. ¿Le han dicho que necesita tener cirugía o tratamiento de radiación?

YES ..... 1  
 NO ..... 2

C2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de salud que Ud. tiene **algún otro** tipo de cáncer, incluyendo cáncer de la piel, linfoma, sarcoma de Kaposi, enfermedad de Hodgkin, cáncer de los senos o cáncer de los órganos femeninos -- ovarios o útero?

YES ..... 1  
 NO ..... 2 (C14)

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ C3 - C13]

YES                      NO/NEVER HEARD OF IT

C3. Cáncer de los senos?..... 1                      2 (C4)

a. Ha tenido un quiste extraído por un cirujano (no una biopsia con aguja, sino una cortada que necesita puntos)?

YES..... 1  
 NO..... 2

b. Ha tenido una mastectomía (extracción completa del seno)?

YES..... 1  
 NO..... 2

¿Qué tipo de cáncer? Fue: [READ C3 - C13]

	<u>YES</u>	<u>NO/NEVER HEARD OF IT</u>
C4. Cáncer de ovario?.....	1	2
C5. Cáncer del útero?.....	1	2
C6. Sarcoma de Kaposi's (KS)?.....	1	2
C7. Linfoma? .....	1	2
C8. Linfoma en el cerebro?.....	1	2
C9. Enfermedad de Hodgkin?.....	1	2
C10. Cáncer de la piel (no KS)? .....	1	2
C11. Cáncer del hígado?.....	1	2
C12. Cáncer del pulmón?.....	1	2
C13. Otro?.....	1	2 (C14) SPECIFY: _____

C14. 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 – C13.

_ _
# CANCERS

**PROMPT: IF QUESTION C14 = 00, SKIP TO QUESTION C19.**

**START F22HXS8**

**PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C14, COMPLETE QUESTIONS C15–C16. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C14. 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 6.**

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 estuvo este cáncer originalmente? \_\_\_\_\_ (C16)

C16. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: \_\_\_\_\_

**PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C16a.**

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 (C17)

d. ¿Adónde se le extendió? \_\_\_\_\_ (C17)

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 estuvo este cáncer originalmente? \_\_\_\_\_ (C17)

**END F22HXS8**

**PROMPT: IF ANY OF C1–C13 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C15c/C16c OR C15e/C16e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.**

- |  | <u>YES</u>   | <u>NO</u> |       |
|--|--|-----------|-------|
| C17. Desde su visita al estudio en (MES), ¿recibió quimioterapia contra el cáncer?   | 1  | 2         |       |
| C18. Desde su visita al estudio en (MES), ¿recibió tratamientos con radiación?   | 1  | 2         |       |
| C19. Desde su visita al estudio en (MES), ¿se le ha establecido un diagnóstico nuevo de asma o ha empeorado su asma?   | YES .....1   | NO .....2 |       |
| C20. Las próximas preguntas son sobre la Tuberculosis. Voy usar “TB” para referirme a la Tuberculosis. ¿Está Ud. consciente de algún familiar o de alguna persona con la cuál Ud. ha vivido desde su visita al estudio en (MES), que alguna vez haya padecido de TB? | YES .....1   | NO .....2 |       |
| C21. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha padecido Ud. de TB?  | <span style="background-color: #e0e0e0;">YES .....1</span> | NO .....2 | (C22) |

¿Fue en:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. sus pulmones?	1	2
b. otra parte del cuerpo?	1	2
SPECIFY: _____		
c. Tuvo radiografía del pecho?	1	2
d. Tomó medicinas durante 3 ó mas meses?	1	2

**PROMPT: IF ANY OF C21 or C21a-d = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

C22. Desde su visita al estudio en (MES), ¿se ha hecho la prueba subcutánea (de la piel) o una prueba de sangre para la TB?

YES .....1  
 NO .....2 (C31)

a. ¿Cuándo fue la última vez (la vez más reciente) que se hizo la prueba subcutánea (de piel) o una prueba de sangre para la TB? |\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
M M Y Y Y Y  
 Necesito saber el mes y el año.

b. ¿Le dijeron que la prueba había dado resultado positivo o que mostró que Ud. ha estado expuesta a la TB?

YES .....1  
 NO .....2

**PROMPT: IF C22b = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

C31. Ahora voy a preguntarle sobre algunas condiciones médicas que suelen necesitar atención médica. Desde su visita al estudio en (MES), ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. Sinusitis, una infección en los pómulos faciales que requirió tratamiento con antibióticos .....	1	2	<-8>
c. Alta presión sanguínea o hipertensión .....	1	2	<-8>
d. Nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes .....	1	2	<-8>
e. Nivel alto de colesterol en la sangre, triglicéridos o nivel de lípidos en la sangre.....	1	2	<-8>
g. Depresión.....	1	2	<-8>

C32. a. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho 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  
 NO .....2

c. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico, enfermera) que se había roto o fracturado usted. ¿Algún de sus huesos? Esto podría incluir la columna, cadera, brazo o cualquier otro hueso del cuerpo.

YES.....1  
 NO .....2 (C34)

C33. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico, enfermera) que se había roto o fracturado usted el /la ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. cadera? .....	1	2 (b)
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.....	1	2 (v)
SPECIFY: _____ (b)		
v. No sabe .....	1	2
b. muñeca (sin incluir el antebrazo ni la mano)? .....	1	2 (c)
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.....	1	2 (v)
SPECIFY: _____ (c)		
v. No sabe .....	1	2
c. columna vertebral?.....	1	2 (d)
2. Esa fractura ocurrió...		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura.....	1 (d)	2
ii. Debido a una caída más severa.....	1 (d)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave .....	1 (d)	2
iv. Otro.....	1	2 (v)
SPECIFY: _____ (d)		
v. No sabe .....	1	2



	<u>YES</u>	<u>NO</u>
d. Algun otro hueso? .....	1	2 (C34)
1. SPECIFY LOCATION: _____		
2. Esa fractura ocurrió...		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura.....	1 (C34)	2
ii. Debido a una caída más severa.....	1 (C34)	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave .....	1 (C34)	2
iv. Otro.....	1	2 (v)
SPECIFY: _____ (C34)		
v. No sabe .....	1	2

C34. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sido Ud. diagnosticada con una enfermedad del hígado?

    YES..... 1  
    NO ..... 2 (C35)

a. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sido Ud. diagnosticada con una acumulación de grasa en el hígado?

    YES..... 1  
    NO ..... 2

b. (¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sido Ud. diagnosticada) con daño al hígado a causa del consumo del alcohol?

    YES..... 1  
    NO ..... 2

c. (¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sido Ud. diagnosticada) con cirrosis?

    YES..... 1  
    NO ..... 2 (d)

Lo siguiente son condiciones que puedan resultar a raíz del cirrosis?

i. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha tenido Ud. líquidos anormales en el abdomen (ascites)?

    YES..... 1  
    NO ..... 2

ii. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sangrado usted por el agrandamiento de las venas en su esófago o estómago?

    YES..... 1  
    NO ..... 2

iii. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha sido Ud. diagnosticada con encefalopatía hepática (confusión o conocimiento disminuido a raíz de la enfermedad del hígado)?

    YES..... 1  
    NO ..... 2

d. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ha recibido examen para detectar cancer del hígado?

YES..... 1  
 NO .....2 (C35)

i. Recibiste un examen de sangre para detectar cancer del hígado (conocido como AFP o alpha-fetoprotein)?

YES..... 1  
 NO .....2

ii. Reciviste un examen concido en ingles como “ultrasound” o “CT/CAT scan” para detectar el cancer del hígado?

YES..... 1  
 NO .....2

C35. ¿Desde su visita al estudio en (MES), se le ha diagnosticado nuevamente Hepatitis C?

YES ..... 1  
 NO .....2 (C38)

C36. c. ¿Desde su visita al estudio en (MES), le ha ofrecido alguien un tratamiento para la Hepatitis C?

YES ..... 1  
 NO .....2

C38. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tenido una biopsia de hígado por cualquier motive?

YES .....  ..... 1  
 NO .....2 (C39)

a. ¿Por qué usted tiene la biopsia del hígado?

Para ver cuánto le había afectado el hígado la Hepatitis C ..... 1  
 Le ha recomendado su médico que tenga una biopsia del hígado? ..... 2  
 Inclusive como parte de un estudio de investigación ..... 3  
 Por otra razón ..... 4

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**PROMPT: IF C38 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

C39. ¿ Desde su visita al estudio en (MES), le dijo un médico que necesitaba un trasplante de hígado?

YES ..... 1  
 NO .....2 (C42)

C40. ¿ Desde su visita al estudio en (MES), le hicieron un trasplante de hígado?

YES ..... 1  
 NO .....2

C41. ¿Se encuentra usted actualmente en una lista de espera para trasplante de hígado?

YES ..... 1  
 NO ..... 2

C42. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico , enfermera) que desarrollo ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. un diagnóstico nuevo de angina o dolor en el pecho relacionado a una enfermedad del corazón.....	1	2 <b>(b)</b>	<-8> <b>(b)</b>
i. ¿Fue hospitalizada por angina o dolor en el pecho relacionado a una enfermedad del corazón .....	1	2	<-8>
b. Le han diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva.....	1	2 <b>(c)</b>	<-8> <b>(c)</b>
ii. ¿Fue hospitalizada por insuficiencia cardíaca congestiva.....	1	2	<-8>
c. Ataque cardíaco o infarto al miocardio.....	1	2	<-8>
d. Apoplejía o ataque cardiovascular.....	1	2	<-8>
e. Un ataque isquémico transitorio o en inglés TIA o “mini-ataque cerebral” .....	1	2	<-8>

C44. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tenido una cirugía o procedimiento para buscar o para abrir los vasos sanguíneos de su corazón u otras áreas de su cuerpo? (Puede que su médico lo haya llamado: cateterismo cardíaco, revascularización percutánea, PTCA, angioplastia, poner un “stent,” endarterectomía de la carótida, revascularización quirúrgica, CABG, o aplicación de un injerto bypass de arteria coronaria.)

YES.....1  
 NO .....2      **(C45)**

¿En qué parte del cuerpo se practicó esta operación o procedimiento?:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. En los vasos sanguíneos del corazón?.....	1	2 <b>(b)</b>
i. ¿Qué se hizo? _____		
b. Otros vasos sanguíneos? .....	1	2 <b>(C45)</b>
i. ¿Qué se hizo? _____		

C45. ¿Toma aspirina tres días o más, todas las semanas?

YES .....1  
 NO .....2

C46. ¿Desde su visita al estudio en (MES), ¿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  
 NO .....2      **(C48)**

a. ¿Cuántas lesiones en la cabeza ha tenido?                    
 # HEAD INJURIES

**PROMPT: FOR EACH HEAD INJURY INDICATED IN QUESTION C46a, COMPLETE QUESTIONS C47a-g. THE NUMBER OF SUBFORMS COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C46a. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED HEAD INJURIES IS GREATER THAN ONE, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 13.**

C47. 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 automóvil .....2
- Lesión haciendo deportes.....3
- Violencia física .....4
- Otra .....5

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:** ¿Por cuántos minutos?)

- |\_|\_| MINUTES.....1
- HOURS.....2
- DAYS .....3

- |   | <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         |

**END F22HXS10 .**

C48. ¿Está usted actualmente en diálisis?

- YES.....1
- NO .....2

**SECTION D: SKIN AND ORAL CONDITIONS**

**ASK QUESTIONS D1 AND D3 FOR EACH CONDITION BELOW. EACH TIME A PARTICIPANT RESPONDS THAT SHE HAS HAD THE CONDITION, ASK SUBQUESTION “a” BEFORE PROCEEDING TO THE NEXT CONDITION.**

D1-D3

Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud, ya sea un médico, dentista, enfermera especializada, enfermera o auxiliar de médicos, que Ud. padeció de (**CONDITION**):

D1a –D3a

¿Cuántas veces durante los últimos 6 meses padeció de eso?

- |   |  |
|---|--|
| <p>D1. Culebrilla (Herpes zoster)?</p> <p>YES ..... 1<br/>NO ..... 2   <b>(D3)</b></p> <p>b. ¿Ha tenido culebrilla (Herpes zoster) en 2 o más partes distintas del cuerpo, al mismo tiempo?</p> <p>YES ..... 1<br/>NO ..... 2</p> | <p>a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br/># TIMES</p> |
| <p>D3. Candida (sapito o llaguitas), hongos dentro de la boca?</p> <p>YES ..... 1<br/>NO ..... 2   <b>(E0)</b></p>  | <p>a. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br/># TIMES</p> |

**SECTION E: AIDS DEFINING ILLNESSES**

E0. PARTICIPANT’S CURRENT HIV STATUS:

- POSITIVE ..... 1  
NEGATIVE ..... 2   **(E23)**

Ahora estamos interesados en saber sobre las enfermedades que algunas mujeres, especialmente las personas con VIH, pueden experimentar. Mucha de la terminología en esta sección es bastante técnica, y es posible que Ud. no haya oído de ella. En tal caso, simplemente diga que te explique el termino.

- E1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que su conteo de las células CD4 (el conteo de las células T) es menor de 200 ó más bajo del 14%?
- YES ..... 1  
NO/NEVER HEARD OF IT ..... 2
- E2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido Herpes simplex con úlceras que hayan durado más de un mes?
- YES ..... 1  
NO/NEVER HEARD OF IT ..... 2
- E3. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha padecido de diarrea (3 evacuaciones suaves o líquidas por día), que haya durado mas de un mes?
- YES ..... 1  
NO ..... 2   **(E5)**

E4. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que la diarrea que haya tenido ha sido causada por:

	<u>YES</u>	<u>NO/NEVER HEARD OF IT</u>
i. Cryptosporidia?	1	2
ii. Microsporidia?	1	2
iii. Isospora?	1	2
iv. C-M-V?	1	2
v. M-A-I?	1	2

E5. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido una infección de Herpes simplex en los pulmones o el esófago, el tubo por donde pasa la comida?

YES .....1  
NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E6. (Desde su visita al estudio en (MES)), le ha dicho un profesional de la salud que usted tenía pneumocystis jirovecii o PCP, neumonia pneumocystis carinii?

YES .....1  
NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E7. (Desde su visita al estudio (MES)), le ha dicho un profesional de la salud que Usted tenía algun otro tipo de neumonia o infeccion pulmonar? No conteste Si, si solo se le ha diagnosticado bronquitis.

YES .....1  
NO/NEVER HEARD OF IT .....2 **(E8)**

a. En los últimos 12 meses ¿cuántas veces le ha dicho un trabajador de salud que Ud. ha tenido neumonía, sin contar PCP, que haya requerido tratamiento con antibióticos? |\_|\_|\_|  
# TIMES

b. Desde su visita al estudio en (MES), ¿cuántas veces ha sufrido de neumonía, sin contar PCP, que haya requerido tratamiento con antibióticos? |\_|\_|\_|  
# TIMES

c. ¿Cuándo fue la última vez que a Ud. le dio neumonía, aparte de PCP? Necesito el mes y el año. |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|\_|  
M M Y Y Y Y

E8. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que Ud. tiene) Candida (sapito), hongos en el esófago (el tubo por donde entra la comida) no solo en su boca?

YES .....1  
NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E9. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) Candida o sapito, hongos en los pulmones o las vías respiratorias (tráquea o bronquios)?

YES .....1  
NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E10. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) una infección M-A-I, a la cual a veces se le llama M-A-C o MAC?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E11. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) Toxo, o la infección causada por Toxoplasmosis del cerebro?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E12. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que usted tiene) C-M-V, cytomegalovirus:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. en los ojo (retinitis)? .....	1	2
b. en la sangre? .....	1	2
c. en el intestino? .....	1	2
d. en el hígado? .....	1	2
e. en otra parte del cuerpo? .....	1	2 <b>(E13)</b>

**(SPECIFY)**

E13. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) meningitis relacionada con el VIH?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2 **(E14)**

a. ¿Se le dijo que era Crypto, o meningitis cryptococal?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E14. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que Ud. tiene) Cryptococcal infección:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. en la sangre? .....	1	2
b. en otra parte del cuerpo? .....	1	2 <b>(E15)</b>

SPECIFY: \_\_\_\_\_

E15. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) histo o histoplasmosis, una infección causada por Histoplasma?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2 **(E16)**

a. ¿En qué parte del cuerpo? \_\_\_\_\_

**(SPECIFY)**

E16. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) cocci o la infección coccidioidomycosis?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E17. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido el síndrome de adelgazamiento (*wasting syndrome*), en otras palabras, pérdida severa de peso?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2      **(E18)**

¿Ha tenido (CONDITION) que duró mas de un mes, al mismo tiempo durante el cuál experimentó una pérdida grave de peso?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. diarrea crónica (al menos 3 deposiciones sueltas en el día por 30 días o mas?)	1	2
b. debilidad crónica y fiebre documentada por 30 días o mas?	1	2
c. le dijeron que [este síntoma/estos síntomas] [es/son] debido/debidos a VIH/SIDA?	1	2

E18. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido demencia o encefalopatía, o algún problema con la memoria o confusión causada por el VIH?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E19. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido una infección en la sangre causada por una bacteria llamada Salmonella?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2      **(E20)**

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sufrido de eso más de una vez?

YES .....1  
 NO .....2

E20. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido LMP, leucoencefalopatía multifocal progresiva, una enfermedad del cerebro?

YES .....1  
 NO/NEVER HEARD OF IT .....2

E21. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de salud que Ud. tiene) SIDA?

YES .....1  
 NO .....2

E23. Desde su visita al estudio en (MES), ¿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. (NO INCLUYA biopsias que han sido tomadas en los exámenes ginecológicos de WIHS, incluyendo colposcopia)

YES .....1  
 NO .....2      **(E24)**



[Empty box for WIHS ID#]

¿En qué parte de su cuerpo? ¿Fue una:

- a. Biopsia de los pulmones?
- b. Biopsia de la piel?
- c. Biopsia de la medula espinal?
- d. Biopsia de la cervix?
- e. Biopsia de útero o endometrio?
- f. Biopsia de el seno?
- g. Otra parte del cuerpo, no previamente mencionada?

<u>YES</u>	<u>NO</u>
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2
1	2

SPECIFY: \_\_\_\_\_

**PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E23a–g, COMPLETE AN AIDS AND CANCER SPECIMEN RESOURCE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ACSR ATC) FOR EACH REPORTED BIOPSY AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.**

E24. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido Ud. hospitalizada por alguna razón? Esto puede incluir el haber pasado la noche en el hospital o sido hospitalizada por un procedimiento que haya sido hecho en un solo día. Por favor, incluya todas las hospitalizaciones médicas y psiquiátricas. Esto no incluye el tratamiento recibido en una sala de emergencias y luego dada de alta.

YES .....1  
 NO .....2 (E26)

a. ¿Cuántas veces, desde su visita al estudio en (MES)? |\_|\_|  
# TIMES

b. ¿Continuó tomando sus medicaciones antirretrovirales mientras estuvo hospitalizada?  
 YES .....1  
 NO .....2  
 NOT APPLICABLE .....3

E25. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón o razones por la(s) cual(es) fue hospitalizada?

Fue hospitalizada para:	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
a. Parto.....	1	2	
b. Una lesión o accidente.....	1	2	
c. Cirugía optativa (por ejemplo, reparaciones de hernia, cirugía plástica, reemplazo de articulación) .....	1	2	
d. Cirugía no-optativa (por ejemplo, cirugía de emergencia, cirugía de corazón, cirugías por cáncer o condiciones precancerosas).....	1	2	
e. Un problema psiquiátrico o de salud mental .....	1	2	
f. Enfermedad médica (por ejemplo, infecciones, problemas de corazón, problemas estomacales o intestinales) .....	1	2	<b>(g)</b>
¿Qué describe mejor la(s) razón(es) por la(s) cual(es) fue hospitalizada?			
i. Problemas de corazón.....	1	2	
ii. Problemas estomacales o intestinales .....	1	2	
iii. Problemas hepáticos .....	1	2	
iv. La neumonía .....	1	2	
v. Una infección que no sea neumonía .....	1	2	
vi. Un problema pulmonar que no sea neumonía, tal como el asma .....	1	2	
vii. Otra razón .....	1	2	<b>(g)</b>
SPECIFY: _____			
g. Cualquier otro motivo.....	1	2	<b>(E26)</b>
SPECIFY: _____			

E26. TIME MODULE ENDED

|\_|\_| : |\_|\_|

AM.....1  
PM.....2