

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY

MEDICAL AND HEALTH HISTORY

FORM 22 HX

SECTION A: GENERAL INFORMATION

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

□-□□-□□□□-□

A2. WIHS STUDY VISIT #: _____

A3. FORM VERSION: $\frac{1}{M} \frac{0}{D} / \frac{0}{D} \frac{1}{Y} / \frac{0}{Y} \frac{4}{M}$

A4. DATE OF INTERVIEW: _____ / _____ / _____
M D Y

A5. INTERVIEWER'S INITIALS: _____

A6. DATE OF LAST STUDY VISIT
(FROM VISIT CONTROL SHEET) _____ / _____ / _____
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 dígamelo.
M D Y

Finalmente, necesito volver a enfatizar 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 experimentado 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.....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">1</div>	2
B3. problemas considerables de la memoria o concentración que han interferido con sus actividades diarias normales, y que duraron más de dos semanas.....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">1</div>	2
B4. entumecimiento, hormigueo o sensación de quemazón (ardor) en sus brazos, piernas, manos o pies que duraron más de dos semanas.....	<div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">1</div>	2
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; padding: 5px; width: 40px; 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; padding: 5px; width: 40px; 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; padding: 5px; width: 40px; margin: 0 auto;">1</div>	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.

B8. 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)?

YES1
 NO2 **(B9)**

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?		¿Fue este cambio leve, moderado o grande?		
	YES	NO	AUMENTO	DISMINUCIÓN	LEVE	MODERADO	GRANDE
a) Un cambio en el tamaño de uno o de los dos pechos (no relacionado con embarazo)?	1	2 (b)	1	2	1	2	3
b) Un cambio en el tamaño del abdomen o de la gordura abdominal?	1	2 (c)	1	2	1	2	3
c) Un cambio en el tamaño de la cintura?	1	2 (d)	1	2	1	2	3
d) Un cambio en la forma de la cara?	1	2 (e)	1	2	1	2	3
e) Un cambio en la cantidad de grasa en los pómulos, cerca de la nariz y la boca?	1	2 (f)	1	2	1	2	3
f) Un cambio en la cantidad de grasa en la parte superior de la espalda?	1	2 (g)	1	2	1	2	3
g) Un cambio en el tamaño del cuello?	1	2 (h)	1	2	1	2	3
h) Un cambio en la cantidad de grasa en los brazos?	1	2 (i)	1	2	1	2	3
i) Un cambio en la cantidad de grasa en las piernas?	1	2 (j)	1	2	1	2	3
j) Un cambio en la cantidad de grasa en las nalgas?	1	2 (B9)	1	2	1	2	3

Leve – Sólo se ve si se lo busca

Moderado – Fácilmente visible

Grande – Obvio de inmediato

B9. 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...	YES	NO	
a) cambiado su dieta?	1	2	
b) cambiado sus medicaciones para VIH?	1	2	-1
c) cambiado sus hábitos de ejercicio?	1	2	
d) tomado suplementos nutricionales?	1	2	
e) tomado hormonas de crecimiento o esteroides? (i.e. esteroides, anabólicos, andrógenos, hormonas para crecer, andross, Anadrol, roids, Android, juice, DHEA & (DHEA-S) danabol, nandrolone, Deca-Durabolin, Oxandrin)	1	2	
f) recibido cirugía cosmética tal como liposucción, reducción del seno o aumento del seno?	1	2	
g) hecho algo más para cambiar su forma de su cuerpo?	1	2 (B10)	Especifique: <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <hr style="width: 80%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>

B10. ¿Cuál es su talla de sostén? Yo necesito el contorno y el tamaño de la copa. **NOTE: If participant does not wear a bra or reports wearing a sports bra, code "CHEST SIZE" as 99 and enter -1 in "CUP SIZE."**

a. CHEST SIZE

b. CUP SIZE

□□□
(eg: 36)

□□□□
(eg: C, DD ,etc...)

**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 (C12)

BEGIN F22MEDS8

PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C12, COMPLETE QUESTIONS C13–C14. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C12. 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 7.

C13. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C13a.

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 (C14)

d. ¿Adónde se le extendió? _____ (C14)

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? _____ (C14)

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 estuvo este cáncer originalmente? _____ (C15)

END F22MEDS8

PROMPT: IF ANY OF C1–C11 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C13c/C14c OR C13e/C14e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.

- | | | | |
|------|---|------------|-----------|
| | | <u>YES</u> | <u>NO</u> |
| C15. | Desde su visita al estudio en (MES),
¿recibió quimioterapia contra el cáncer? | 1 | 2 |
| C16. | Desde su visita al estudio en (MES),
¿recibió tratamientos con radiación? | 1 | 2 |
| C27. | Desde su visita al estudio en (MES), ¿se le ha establecido un diagnóstico nuevo de asma o ha empeorado su asma? | | |

YES1
NO2

- C28. 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?

YES1
NO2

- C29. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha padecido Ud. de TB?

YES1
NO2 (C30)

- | | | | |
|--|---------------------------|------------|-----------|
| | <u>¿Fué en:</u> | <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 C29a–d = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

- C30. Desde su visita al estudio en (MES), ¿se ha hecho la prueba subcutánea (de la piel) para la TB?

YES1
NO2 (C31)
DON'T KNOW <-8> (C31)
DECLINED <-7> (C31)

- a. ¿Cuándo fue la última vez (la vez más reciente) que se hizo la prueba subcutánea (de piel) para la TB?
Necesito saber el mes y el año.

____ / ____
M Y

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

- YES1
- NO2
- DON'T KNOW <-8>
- DECLINED <-7>

PROMPT: IF C30b = 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>
b. UTI, infección del tracto urinario o una infección de la vejiga o riñones 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>
f. Lupus o artritis reumatoide o alguna enfermedad reumatoidea.....	1	2	<-8>
g. Depresión.....	1	2	<-8>

C32. Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MES), ¿le ha dicho el médico (o asistente médico, enfermera) que usted tiene un problema de tiroides?

- YES1
- NO2 **(C33)**
- DON'T KNOW <-8> **(C33)**
- DECLINED <-7> **(C33)**

b. ¿Fue hipertiroidismo o tiroides “superactiva”?

- YES1
- NO2 **(C32c)**
- DON'T KNOW <-8> **(C32c)**
- DECLINED <-7> **(C32c)**

i. ¿Se mejoró su tiroides hiperactiva (excesivamente activa) sin ningún tratamiento?

- YES1 **(C33)**
- NO2 **(C33)**

c. ¿Podría ser que usted hubiera tenido que tomar una medicina para reemplazar la hormona tiroidea debido a que presentaba hipotiroidismo, o sea a una tiroides “poco activa”?

- YES1 (C33)
- NO2
- DON'T KNOW<-8>
- DECLINED<-7>

d. ¿Se trataba de otro tipo de enfermedad de la tiroides, como, por ejemplo, cáncer o bocio?

- YES1
- NO2 (C33)
- DON'T KNOW<-8> (C33)
- DECLINED<-7> (C33)

Specify: _____

C33. ¿ Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (XXX), ¿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. 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. No sabe	1	2
c. columna vertebral?	1	2 (C34)
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. No sabe	1	2

C34. Ahora quisiera preguntarle sobre alguna condición del hígado que requiere tratamiento médico. Desde su visita en (MES), ¿se le ha diagnosticado nuevamente tuvo alguna de las siguientes?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
b. Enfermedad del hígado, como inflamación del hígado, cirrosis, o ictericia.....	1	2	<-8>
c. Flúidos anormales en el abdomen (ascites)	1	2	<-8>
d. Ha sangrado por el agrandamiento de las venas en su esófago o estómago.....	1	2	<-8>

C35. Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), ¿se le ha diagnosticado nuevamente Hepatitis C?

- YES 1
- NO 2 (C38)
- DON'T KNOW <-8>

C36.b. ¿Cuál de las oraciones siguientes describe mejor su impresión acerca de la medida en que da resultado el tratamiento para la Hepatitis C?

- Acaba con la infección en la mayoría de las personas que lo toman 1
- Da resultado en menos de la mitad de las personas que lo toman..... 2
- No funciona para nada 3
- No tengo ninguna opinión 4

c. ¿ Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), le ha ofrecido alguien un tratamiento para la Hepatitis C?

- YES 1
- NO 2

C37. ¿ Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), la derivaron a un dispensario especial o a una clínica especial para pacientes con Hepatitis C?

- YES 1
- NO 2 (C38)

a. ¿ Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), acudió usted a alguna clínica o dispensario especial para pacientes con hepatitis C?

- YES 1
- NO 2

PROMPT: IF ANY OF C34b–C34d OR C35 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

C38. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha recomendado su médico que tenga una biopsia del hígado?

YES 1
 NO 2 (C39)
 DON'T KNOW <-8>

b. ¿Por qué le recomendaron la biopsia del hígado?

Para ver cuánto le había afectado el hígado la Hepatitis C 1
 Por otra razón 2

c. ¿Le hicieron la biopsia del hígado?

YES 1 (C39)
 NO 2

d. ¿Por qué no se quiso hacer la biopsia (CIRCLE ALL THAT APPLY):

	YES	NO
i. Estaba asustada	1	2
ii. No estoy segura de que una biopsia me sirva de ayuda.....	1	2
iii. Yo no creo que pudiera aceptar hacerme el tratamiento para la Hepatitis C, incluso si me hubiera hecho la biopsia.....	1	2
iv. No se me explicó bien el procedimiento de la biopsia	1	2
v. Era demasiado cara / mi seguro no la cubría	1	2
vi. Otra.....	1	2

SPECIFY: _____

C39. ¿Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), le dijo un médico que necesitaba un trasplante de hígado?

YES 1
 NO 2 (C42)

C40. ¿Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MONTH), 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

PROMPT: IF C38 OR C40 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

C42. ¿Desde que acudió a su visita para el estudio del mes de (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico , enfermera) que se había...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. Le han dado un diagnóstico nuevo de dolor en el pecho o angina relacionado a una enfermedad del corazón	1	2 (b)	<-8> (b)
i. ¿Fue hospitalizada por de dolor en el pecho o angina relacionado a una enfermedad del corazón	1	2	<-8>
b. Le han diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva.....	1	2 (c)	<-8> (c)
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 qu acudió a su visita para el estudio del mes de (MES), ¿ha tenido una cirugía o procedimiento para buscar o para abrir los vasos de su corazón u otras áreas de su cuerpo? (Puede que su medico lo haya llamado: cateterismo cardíaco, revascularización percutánea, PTCA, antioplastia, poner un “stent,” endarterectomía de la carótida, revascularización quirúrgica, CABG, o aplicación de un injerto bypass de arteria coronaria.)

YES.....1
NO2 **(C45)**

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

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. En los vasos de su corazón?.....	1	2
i. ¿Qué se hizo? _____		
b. Otros vasos?	1	2
i. ¿Qué se hizo? _____		

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

YES1
 NO2

PROMPT: IF ANY OF C42ai, C42bi, C42c, C42d, C42e or C44a = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

SECTION D: SKIN AND ORAL CONDITIONS

ASK QUESTIONS D1-D4 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?

D1. Culebrilla (Herpes zoster)? YES 1
 NO 2 **(D3)**
 DON'T KNOW <-8> **(D3)**
 DECLINED <-7> **(D3)**

a.
 # TIMES

b. ¿Ha tenido culebrilla (Herpes zoster) en 2 o más partes distintas del cuerpo, al mismo tiempo?
 YES 1
 NO 2

D3. Candida (sapito o llaguitas), hongos dentro de la boca? YES 1
 NO 2 **(E1)**
 DON'T KNOW <-8> **(E1)**
 DECLINED <-7> **(E1)**

a.
 # TIMES

SECTION E: AIDS DEFINING ILLNESSES

Ahora quisiéramos enterarnos acerca de las enfermedades que algunas mujeres experimentan. Estas son enfermedades que ocurren raramente. Pueden presentarse en mujeres que son VIH negativas, sin embargo, tienden a presentarse más en mujeres que son VIH positivas. Según voy leyendo esta lista, por favor dígame si Ud. ha padecido de alguna de ellas. 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 no ha oído de eso.

PROMPT: IF PARTICIPANT RESPONDS “YES” TO ANY SECTION E ANSWERS THAT HAVE BEEN SHADED IN GRAY, COMPLETE AN ATC FOR EACH ILLNESS AND MEDICAL RECORD RELEASE

E1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que su conteaje de las células CD4 (el conteo de las células T) es menor de 200 ó más bajo del 14%?

YES1
 NO/NEVER HEARD OF IT2

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?

YES1
 NO/NEVER HEARD OF IT2

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?

YES1
 NO2 **(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</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 se traga?

YES1
 NO/NEVER HEARD OF IT2

PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E4–E20, COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

E6. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que Ud. ha padecido de PCP, la neumonía causada por Pneumocystis carinii?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

E7. Desde su visita al estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que Ud. ha padecido de otro tipo de neumonía, infección de los pulmones? No conteste “sí” si fue diagnosticada solo con bronquitis.

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2 (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 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 entre la boca y el estómago) no solo en su boca?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

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)?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

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?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E4–E20, COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

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

(E13)

(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

(E15)

(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)

PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E3–E20, COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

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

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

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 grave de peso?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2 (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?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

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?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2 (E20)

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

YES1
NO2

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?

YES1
NO/NEVER HEARD OF IT2

PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E4–E20, COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

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

YES1
 NO2

E22. 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)

YES1
 NO2 (E23)

¿En qué parte de su cuerpo?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
¿Fue una:		
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 hígado?	1	2
f. Biopsia de el seno?	1	2
g. Otra parte del cuerpo?	1	2

 (SPECIFY)

PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDED “YES” TO ANY OF QUESTIONS E22a–g, COMPLETE AN AIDS AND CANCER SPECIMEN RESOURCE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ACSR ATC) FOR EACH REPORTED BIOPSY AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE.

E23. 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.

YES1
 NO2 (E24)
 DON'T KNOW <-8> (E24)

a. ¿Cuántas veces, desde su visita al estudio en (MES)?

|_|_|
 # TIMES

E24. TIME MODULE ENDED |_|_| : |_|_| AM.....1
PM2