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: **1 0 / 0 1 / 1 5**

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 dígamelo.
M D Y

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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha sentido alguno de los siguientes síntomas?:

	YES	NO
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. adormecimiento, hormigueo o sensación de quemazón (ardor) en sus brazos, piernas, manos o pies que duraron más de dos semanas ...	**1**	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	**1**	2
B6. confusión, perderse en un lugar familiar o la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las funciones mentales de rutina	**1**	2

WIHS ID#

	YES	NO
B7. sudores nocturnos profusos que empapan la ropa de dormir (pijama) o las sábanas	**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 ultima visita de este 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 ultima visita de este 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…	YES	NO	¿Fue este cambio de tamaño, un aumento o una disminución? AUMENTO	DISMINUCIÓN
a)	Un cambio en el tamaño de uno o de los dos senos (no relacionado con embarazo)?	1	2 **(b)**	1	2
b)	Un cambio en el tamaño del abdomen o de la gordura abdominal?	1	2 **(c)**	1	2
c)	Un cambio en el tamaño de la cintura?	1	2 **(d)**	1	2
d)	Un cambio en la forma de la cara?	1	2 **(e)**	1	2
e)	Un cambio en la cantidad de grasa en los pómulos, cerca de la nariz y la boca?	1	2 **(f)**	1	2
f)	Un cambio en la cantidad de grasa en la parte superior de la espalda?	1	2 **(g)**	1	2
g)	Un cambio en el tamaño del cuello?	1	2 **(h)**	1	2
h)	Un cambio en la cantidad de grasa en los brazos?	1	2 **(i)**	1	2
i)	Un cambio en la cantidad de grasa en las piernas?	1	2 **(j)**	1	2
j)	Un cambio en la cantidad de grasa en las nalgas?	1	2 **(B13)**	1	2

WIHS ID#

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…

		YES	NO
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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de la salud que usted tiene cáncer de la cerviz?

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 cerviz?

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 ultima visita de este 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 **(C15)**

WIHS ID#

¿Qué tipo de cáncer? Fue: **[READ C3 - C14]**

		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 C4 - C14]**

		YES	NO/NEVER HEARD OF IT
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.	Cáncer de Colon?	1	2
C14.	Otro?.....	1	2 **(C15)** **SPECIFY: _____**

C15. 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 – C14. |___|___|
CANCERS

PROMPT: IF QUESTION C15 = 00, SKIP TO QUESTION C21.

START F22HXS8

PROMPT: FOR EACH CANCER INDICATED IN QUESTION C15, COMPLETE QUESTIONS C16–C17. THE NUMBER OF BOXES COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C15. 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.

WIHS ID#

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 que se disemino, de un cáncer anterior?	1 **(f)**	2 **(f)**
f. ¿En qué parte de su cuerpo se desarrollo este cáncer originalmente? _____ **(C17)**		

C17. a. LOCATION OF REPORTED CANCER: _____

PROMPT: REPLACE (LOCATION) WITH THE LOCATION WRITTEN IN C17a.

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 **(C18)**
d. ¿Adónde se le extendió? _____ **(C18)**		
e. ¿Se le dijo si el cáncer que está reportando ahora fue una metástasis, o se que disemino, de un cáncer anterior?	1 **(f)**	2 **(f)**
f. ¿En qué parte de su cuerpo se desarrollo este cáncer originalmente? _____ **(C18)**		

END F22HXS8

PROMPT: IF ANY OF C1–C14 = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST (ATC) FOR EACH ILLNESS AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. ALSO, IF EITHER C16c/C17c OR C16e/C17e = YES, THEN COMPLETE ATC FOR METASTATIC CANCER.

		YES	NO
C18.	Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿recibió quimoterapia contra el cáncer?	1	2
C19.	Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿recibió tratamientos con radiación?	1	2

WIHS ID#

C21. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha padecido Ud. de TB?

YES 1
NO .....2 **(C22)**

¿Fue en:	YES	NO
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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿se ha hecho la prueba subcutánea (de la piel) o una prueba de sangre para la TB?

YES 1
NO .....2 **(C23)**

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? Necesito saber el mes y el año. |___|___|/|___|___|___|___|
M M Y Y Y Y

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

YES 1
NO 2

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

C23. Ahora voy a preguntarle sobre algunas problemas de salud que suelen necesitar atención médica. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿tuvo alguna de las siguientes condiciones médicas?

	YES	NO	DON'T KNOW
c. Alta presión sanguínea o hipertensión	1	2	<-8>
d. Nivel alto de azúcar en la sangre o diabetes	1	2	<-8>
e. Problemas de riñones o enfermedad de riñón	1	2	<-8>

C24. ¿Tiene miedo de caerse?

En absoluto 1
Un poco 2
Bastante 3
Muchísimo 4

C25. ¿Se ha caído desde su ultima visita de este estudio en (MES)? Una caída se entiende como un evento inesperado, incluyendo un resbalón o tropezón, donde usted pierde el equilibrio y termina en el piso o en un nivel inferior, o se golpea con un objeto como una mesa o una silla. Las caídas que se producen debido a un evento médico importante (como por ejemplo, un derrame cerebral o convulsiones) o un accidente externo de gran magnitud (como por ejemplo, ser golpeado por un vehículo o ser empujado), no se deben incluir.

YES 1
NO .....2 **(C29)**

C26. ¿Cuántas veces se ha caído desde su ultima visita de este estudio en (MES)?

Uno.....1
Dos o más.....2

C27. ¿Buscó atención médica después de cualquiera de estas caídas (tal como ir a la sala de emergencia o al médico)? Responda NO si usted no vio a un proveedor de la salud debido a la caída, sino que buscó asesoría informal de un amigo, vecino o familiar, o se comunicó con un proveedor de la salud por teléfono o por otro medio (por ejemplo, correo electrónico) sin un encuentro personal.

YES.....1
NO.....2 **(C29)**

C28. ¿Alguna de estas caídas dio como resultado un hueso roto?

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

C29. a. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico, enfermera) que sufría de 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico, enfermera) que se ha roto o fracturado algún hueso? Esto podría incluir la columna, cadera, brazo o cualquier otro hueso del cuerpo.

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

WIHS ID#

C30. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho el médico (asistente médico, enfermera) que se rompió o fracturo el /la …

	YES	NO
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 SPECIFY: _____ **(b)**	1	2 **(v)**
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 SPECIFY: _____ **(c)**	1	2 **(v)**
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 SPECIFY: _____ **(d)**	1	2 **(v)**
v. No sabe	1	2
d. Algún otro hueso?	1	2 **(C31)**
1. SPECIFY LOCATION: _____		
2. Esa fractura ocurrió…		
i. Como resultado de una caída desde una altura de posición parado (a) o menos altura	1 **(C31)**	2
ii. Debido a una caída más severa	1 **(C31)**	2
iii. Como resultado de un accidente de auto u otro trauma grave	1 **(C31)**	2
iv. Otro SPECIFY: _____ **(C31)**	1	2 **(v)**
v. No sabe	1	2

WIHS ID#

C31. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), le han diagnosticado cirrosis hepática?

YES.....1
NO .....2 **(C32)**

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

i. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ha tenido fluidos anormales en el abdomen (ascites)?

YES.....1
NO 2

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

YES.....1
NO 2

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

YES.....1
NO 2

C32. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), la han diagnosticado nuevamente con Hepatitis C?

YES 1
NO.....2

C33. ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con Hepatitis C?

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

a. IS THIS AN ODD OR AN EVEN VISIT?

ODD.....1 **(C37)**
EVEN.....2

C34. ¿Sabía que la Hepatitis C puede ser tratada con medicamentos?

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

a. ¿Dónde aprendió sobre los tratamientos para la Hepatitis C? (CIRCLE "YES" FOR ALL THAT APPLY.)

	YES	NO	
i. De otros participantes de WIHS	1	2	
ii. Del personal de WIHS	1	2	
iii. Amigos o familiares	1	2	
iv. Un médico o proveedor de servicios médicos	1	2	
v. En la televisión, en una revista, o en un anuncio	1	2	
vi. Buscando en Internet	1	2	
vii. Otro lugar	1	2	**(C35)**

SPECIFY: _____

WIHS ID#

C35. ¿Alguna vez ha estado interesado en obtener tratamiento para la Hepatitis C?

YES 1
NO .....2 **(C35b)**

a. ¿Alguna vez ha hablado con un médico o con un proveedor de servicios médicos acerca de tratamiento para la Hepatitis C?

YES .....1 **(C36)**
NO 2

b. ¿Por qué no? (CIRCLE "YES" FOR ALL THAT APPLY.)

		YES	NO	
i.	Me siento bastante saludable sin el tratamiento de la Hepatitis C	1	2	
ii.	Tengo muchos otros problemas de salud a preocuparme por la Hepatitis C	1	2	
iii.	No tengo suficiente dinero a pagar el tratamiento de la Hepatitis C	1	2	
iv.	He escuchado que el tratamiento de la Hepatitis C no funciona	1	2	
v.	He escuchado que el tratamiento de la Hepatitis C puede enfermarme	1	2	
vi.	Otra razón	1	2	**(C36)**

SPECIFY: _____

C36. ¿Alguna vez ha sido referido a una clínica, médico o proveedor de servicios médicos quienes proporcionaron tratamiento para la Hepatitis C?

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

a. ¿El médico o el proveedor de servicios médicos recomendaron que tomara medicamentos para tratar su Hepatitis C?

YES .....1 **(C37)**
NO 2

b. ¿Qué le dijo el médico o proveedor de servicios médicos sobre por qué no debería tomar medicamentos para la Hepatitis C? (CIRCLE "YES" FOR ALL THAT APPLY.)

		YES	NO	
i.	Porque mi enfermedad del higado no avanza	1	2	
ii.	Porque tengo VIH/SIDA	1	2	
iii.	Porque soy negra o Hispánica/Latina	1	2	
iv.	Porque tengo otra enfermedad que hace que la medicina para la hepatitis sea muy riesgosa	1	2	
v.	Porque tengo el genotipo incorrecto de la Hepatitis C	1	2	
vi.	Porque tengo anormalidades en los análisis de sangre	1	2	
vii.	Porque debo esperar a que mejores medicamentos para la Hepatitis C estén disponibles	1	2	
viii.	Por que mi seguro de salud no pagará todo o una parte importante del costo del tratamiento	1	2	
ix.	Otra razón	1	2	**(C38)**

SPECIFY: _____ **(C38)**

WIHS ID#

C37. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿Ha tomado medicamentos para la Hepatitis C?

YES .....1 **(C37b)**
NO 2

a. ¿Por qué no ha tomado los medicamentos para la Hepatitis C? (CIRCLE "YES" FOR ALL THAT APPLY.)

	YES	NO	
i. Mi seguro de salud no pagará todo o una parte importante del costo del tratamiento	1	2	
ii. Me asusta tomar medicamentos para la Hepatitis C	1	2	
iii. No creo que necesite medicamentos para la Hepatitis	1	2	
iv. No creo que los medicamentos para la Hepatitis funcionen	1	2	
v. Otra razón	1	2	**(C38)**

SPECIFY: _____ **(C38)**

b. ¿Está tomando medicamentos contra la hepatitis C?

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

c. ¿Ha completado un tratamiento?

YES .....1 **(C37e)**
NO 2

d. ¿Por qué no terminó el tratamiento? (CIRCLE "YES" FOR ALL THAT APPLY.)

	YES	NO	
ii. Me sentía terrible o tuve malos efectos secundarios cuando tomé los medicamentos	1	2	
iii. No fui a las citas de seguimiento	1	2	
iv. No tenía suficiente dinero para completar el tratamiento o mi seguro dejó de pagar una parte importante del costo de tratamiento	1	2	
v. Mi médico o proveedor de servicios médicos me dijo que dejara de tomar los medicamentos debido a anormalidades en los exámenes de sangre	1	2	
vi. Mi médico o proveedor de servicios médicos me dijo que dejara de tomar los medicamentos por que los medicamentos no estaban funcionando	1	2	
vii. Otra razón	1	2	**(C38)**

SPECIFY: _____ **(C38)**

e. ¿Su proveedor de salud le dijo que su tratamiento fue exitoso, lo llamó una cura, un SVR o una respuesta viral sostenida?

YES 1
NO 2

WIHS ID#

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

YES ..... 1 .
NO 2

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

C39. ¿ Desde su ultima visita de este estudio en (MES), le ha dicho un médico que necesitaba un trasplante de hígado?

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

C40. ¿ Desde su ultima visita de este estudio en (MES), le han hecho 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿un médico (asistente médico , enfermera) …

	YES	NO	DON'T KNOW
a. Nuevamente le han diagnosticado angina o dolor en el pecho relacionado a una enfermedad del corazón	1	2 **(b)**	<-8> **(b)**
i. ¿Fue hospitalizada por angina o dolor en el pecho relacionado a una enfermedad del corazón	1	2	<-8>
b. Le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca congestiva	1	2 **(c)**	<-8> **(c)**
ii. ¿Fue hospitalizada por insuficiencia cardíaca congestiva.....	1	2	<-8>
c. Le ha diagnosticado un ataque cardíaco o infarto al miocardio	1	2	<-8>
d. Le ha diagnosticado un apoplejía o ataque cardiovascular....	1	2	<-8>
e. Le ha diagnosticado un ataque isquémico transitorio o en inglés TIA o "mini-ataque cerebral".....	1	2	<-8>

C44. ¿Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha tenido una cirugía o procedimiento para buscar o para abrir los vasos sanguinos de su corazón u otras áreas de su cuerpo? (Puede que su medico lo haya llamado: cateterismo cardíaco, revascularización percutánea, PTCA, angioplastia, poner un "stent," endarterectomía de la carótida, revascularización quirúrgica, CABG, o aplicación de un bypass coronario.)

YES.....1
NO .....2 **(C45)**

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

		YES	NO
a.	En los vasos sanguinos del corazón?……	1	2 **(b)**
	i. ¿Qué se hizo? _____		
b.	Otros vasos sanguinos? ……	1	2 **(C45)**
	i. ¿Qué se hizo? _____		

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

YES 1
NO 2

PROMPT: IF ANY OF C42ai, C42bi, C42c, C42d, C42e OR C44a = YES, THEN COMPLETE ASCERTAINMENT TRACKING CHECKLIST.

C46. IS THIS AN EVEN-NUMBERED VISIT, OR WAS PARTICIPANTS LAST VISIT MVIS OR ABRV?

YES 1
NO…….2 **(C49)**

C47. ¿En el último año ha tenido una lesión de cabeza seria, es decir, ha tenido una lesión en la cabeza, el cuero cabelludo o el 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 **(C49)**

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

START F22HXS10

PROMPT: FOR EACH HEAD INJURY INDICATED IN QUESTION C47a, COMPLETE QUESTIONS C48a-g. THE NUMBER OF SUBFORMS COMPLETED MUST EQUAL THE VALUE RECORDED AT C47a. IF THE TOTAL NUMBER OF REPORTED HEAD INJURIES IS GREATER THAN ONE, PLEASE XEROX THIS PAGE AND INSERT THE COPY AFTER PAGE 13.

C48. 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

		YES	NO
c.	¿Fue a un doctor debido a la lesión?	1	2
d.	¿Debió permanecer en el hospital por los menos una noche 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

		YES	NO
f.	¿Tuvo una fractura de cráneo?.....	1	2
g.	¿Tuvo un ataque repentino o convulsiones durante los 7 días posteriores a la lesión?	1	2

END F22HXS10 .

C49. ¿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 ultima visita de este 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)**	a. |__|__| # TIMES
b. ¿Ha tenido culebrilla (Herpes zoster) en 2 o más partes distintas del cuerpo, al mismo tiempo?	YES .....1 NO.....2		
D3. Cándida (sapito o llaguitas), hongos dentro de la boca?	YES .....1 NO.....2	**(E0)**	a. |__|__| # TIMES

SECTION E: AIDS DEFINING ILLNESSES

E0. PARTICIPANT'S CURRENT HIV STATUS:

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

WIHS ID#

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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿algún trabajador de salud le ha dicho que su contaje 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 ultima visita de este 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 ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES),¿le ha dicho algún trabajador de salud que la diarrea que haya tenido ha sido causada por:

	YES	NO/NEVER HEARD OF IT
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 ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES)), le ha dicho un profesional de la salud que usted tenia pneumocystis jirovecii o PCP, neumonía neumocystis carinii?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

E7. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), le ha dicho un profesional de la salud que Usted tenia algún otro tipo de neumonía o infección pulmonar? No conteste Si, si solo se le ha diagnosticado bronquitis.

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

a. En los <u>últimos 12 meses</u> ¿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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿cuántas veces ha sufrido de neumonía,sin contar PCP, que haya requerido tratamiento con antibióticos? |___|___| # TIMES

E8. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de la salud que Ud. tiene) Cándida (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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud que Ud. ha tenido) Cándida o sapito, hongos en los pulmones o las vías respiratorias (tráquea o bronquios)?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT 2

E10. (Desde su ultima visita de este 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 ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿algún profesional de la salud le ha dicho que usted padece de C-M-V, citomegalovirus, en cualquier parte del cuerpo, incluyendo los ojos, la sangre, el intestino, el hígado, o en cualquier otra parte?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT .....2 **(E13)**

		YES	NO	
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? _____ **(SPECIFY)**	1	2	**(E13)**

E13. (Desde su ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿algún profesional de la salud le ha dicho que padece de infección criptococal en cualquier parte del cuerpo, incluyendo la sangre, o en cualquier otra parte?

YES 1
NO/NEVER HEARD OF IT .....2 **(E15)**

	YES	NO	
a. en la sangre?	1	2	
b. en otra parte del cuerpo?	1	2	**(E15)**

SPECIFY: _____

E15. (Desde su ultima visita de este 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 ultima visita de este 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 ultima visita de este 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?

	YES	NO
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 ultima visita de este 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 ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha sufrido de eso más de una vez?

YES 1
NO 2

E20. (Desde su ultima visita de este 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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿le ha dicho un trabajador de salud que Ud. tiene) SIDA?

YES 1
NO 2

E23. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿se le ha hecho una 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)**

¿En qué parte de su cuerpo? ¿Fue una:	YES	NO
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 cerviz?	1	2
e. Biopsia de útero o endometrio?	1	2
f. Biopsia de el seno?	1	2
g. Otra parte del cuerpo, no previamente mencionada?	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 ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha sido Ud. hospitalizada por alguna razón? Esto puede incluir 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 ultima visita de este estudio en (MES)? |___|___|
TIMES

WIHS ID#

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

Fue hospitalizada para:	YES	NO	
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	**(g)**
¿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	**(g)**
SPECIFY: _____			
g. Cualquier otro motivo	1	2	**(E26)**
SPECIFY: _____			

E26. TIME MODULE ENDED |__|__| : |__|__| AM.....1
PM 2