



**START F22MEDS3**

B2. Ahora le preguntaré sobre cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA que haya tomado desde su última visita al estudio en (MES). Además de las medicinas recetadas, diga otros medicamentos que haya tomado como parte de un estudio, incluyendo estudios en los que no sabe si recibió el medicamento.

**PROMPT: REVIEW QXQS FOR INSTRUCTIONS ON HOW TO COLLECT ARV DATA.**

**PROMPT: HAND PARTICIPANT ANTIRETROVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS.**

**CHECK THE DRUG(S) THE PARTICIPANT HAS TAKEN FOR HIV SINCE HER LAST STUDY VISIT. FOR DRUGS NOT ON THE LIST, RECORD THE NAME UNDER “OTHER” AS STATED BY THE PARTICIPANT AND FILL IN THE CORRESPONDING THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 1.**

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tomado usted...

**Combination Medications**

- 262 \_\_\_ Atripla (Sustiva + Viread + Emtriva)
- 227 \_\_\_ Combivir (AZT + 3TC)
- 254 \_\_\_ Epzicom (Ziagen + Epivir)
- 240 \_\_\_ Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)
- 253 \_\_\_ \***Truvada** (Viread + Emtriva)

**Entry Inhibitors**

- 233 \_\_\_ Fuzeon (T-20, enfuvirtide)
- 265 \_\_\_ Selzentry (maraviroc)

**Nucleoside/Nucleotide RTIs**

- 239 \_\_\_ \***Emtriva** (emtricitabine, FTC)
- 204 \_\_\_ \***Epivir** (lamivudine, 3-TC)
- 092 \_\_\_ Retrovir (AZT, zidovudine, ZDV)
- 147 \_\_\_ Videx / Videx EC (didanosine, ddI)
- 234 \_\_\_ \***Viread** (tenofovir)
- 159 \_\_\_ Zerit (stavudine, d4T)
- 218 \_\_\_ Ziagen (abacavir)

**Integrase Inhibitors**

- 264 \_\_\_ Isentress (raltegravir, MK 0518)

**Non-Nucleoside RTIs**

- 255 \_\_\_ Intelence (etravirine, TMC 125)
- 194 \_\_\_ Rescriptor (delavirdine)
- 220 \_\_\_ Sustiva (efavirenz)
- 191 \_\_\_ Viramune (nevirapine)

**Protease Inhibitors**

- 238 \_\_\_ Aptivus (tipranavir)
- 212 \_\_\_ Crixivan (indinavir)
- 210 \_\_\_ Invirase (saquinavir)
- 217 \_\_\_ Kaletra (lopinavir + ritonavir)
- 249 \_\_\_ Lexiva (fosamprenavir)
- 211 \_\_\_ Norvir (ritonavir)
- 256 \_\_\_ Prezista (TMC-114, darunavir)
- 243 \_\_\_ Reyataz (atazanavir)
- 216 \_\_\_ Viracept (nelfinavir)

**Other**

- 207 \_\_\_ Droxia or Hydrea (hydroxyurea)
- \_\_\_ Other anti-viral(s) (from Drug List 1)

Specify name of “other” antiviral:

---

Specify name of “other” antiviral:

→ Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

→ Drug Code: |\_|\_|\_|\_|

**END F22MEDS3**

b. ¿Ha tratado, usted, otros medicamentos antirretroviral, aún por un período de tiempo corto, desde su (MES) visita de estudio?

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

**PROMPT: IF B2b=YES, REVIEW PHOTO MEDICATION CARDS WITH PARTICIPANT TO DETERMINE WHICH ADDITIONAL MEDICATIONS SHE HAS USED. REPORT ANY ADDITIONAL MEDICATIONS ABOVE IN QUESTION B2a.**

**PLEASE COMPLETE THE DOSAGE FORM IF PARTICIPANT REPORTS HAVING TAKEN ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT IN QUESTION B2a.**

- c. PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY ART IN B2a .....1 **(B10)**  
 PARTICIPANT HAS TAKEN AT LEAST ONE ART in B2a .....2

d. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS  
 THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION B2a:

B3. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT STARTED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

- YES .....1  
 NO .....2 **(B4)**

a. ¿Es ésta la primera vez que ha tomado medicación(es) antiretroviral(es)?

- YES .....1  
 NO .....2 **(B4)**

¿Por qué comenzó a tomar medicación(es) antiretroviral(es) ahora? **CIRCLE YES FOR ALL THAT APPLY.**

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
b. El nivel de virus en mi cuerpo aumentó.....	1	2
c. Mi nivel de CD4 bajó.....	1	2
d. Me diagnosticaron SIDA .....	1	2
e. Me puse peor, aunque no me diagnosticaron SIDA .....	1	2
f. Mi doctor me recomendó que comenzara después de mi última visita para estudio .....	1	2
g. Mi doctor anteriormente me había recomendado que comenzara ....	1	2
h. Estoy embarazada o intento quedar embarazada .....	1	2
i. Otra razón.....	1	2

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

B4. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT CHANGED OR STOPPED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

- YES .....1  
 NO .....2 **(B7)**

Usted ha reportado un cambio en las medicinas antiretroviral que esta tomando actualmente. Queremos entender mejor las razones por estos cambios. Por favor dígame cuál de las siguientes razones contribuyo a su decisión de cambiar o dejar de usar su medicinas antiretroviral.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Mi medico cambio/discontinuo mis medicinas y no se por que .....	1	2
b. Mis medicinas no estaban funcionando- cuenta de glóbulos CD4 bajo o mi nivel de virus se aumento.....	1	2

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
c. Mi virus resistió las medicinas.....	1	2	
d. De todas maneras no estaba tomando mis medicinas .....	1	2	
e. Estoy embarazada, o me quiero embarazar, o cambia después de dar a la luz.....	1	2	
f. Me canse de tomar las medicinas.....	1	2	
g. No pude pagar por la medicina .....	1	2	
h. Se me termino la receta.....	1	2	
i. Tuve dificultad en seguir las instrucciones de tomar mis medicinas, habían muchas píldoras, no fue fácil tragar las píldoras.....	1	2	
j. Mi familia/mis amigos me pidieron que parara/cambiara mis medicinas .....	1	2	
k. Me entere de medicamentos superiores por la televisión, la radio, los diarios o revistas .....	1	2	
l. Tuve efectos secundarios o las medicinas me enfermaron .....	1	2	<b>(m)</b>
i. Desarrolle un salpullido o comencé a tener problemas con la piel .....	1	2	
ii. Desarrolle dolor de cabeza .....	1	2	
iii. Desarrolle problemas estomacales (nausea, vomito, diarrea, cólicos).....	1	2	
iv. La acumulación de gordura en mi cuerpo cambio .....	1	2	
v. Me deprimí, cambie de humor o tuve problemas en dormir .....	1	2	
vi. Mis exámenes de sangre resultaron anormales (anemia, cuenta baja de globulos).....	1	2	
vii. Mis exámenes del hígado resultaron anormales.....	1	2	
viii. Mis exámenes de los riñones resultaron anormales .....	1	2	
ix. Desarrolle diabetes o un nivel alto de azúcar en la sangre.....	1	2	
x. Mis exámenes de sangre para lípidos/colesterol estaban anormales.....	1	2	
xi. Desarrolle alergia o tensión alta a causa de una medicina .....	1	2	
xii. Tuve algún tipo de efecto secundario pero no se que fue .....	1	2	
m. Alguna otra razón por haber cambiado/parado de tomar mis medicinas.....	1	2	<b>(B7)</b>

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

B6. ¿Desde su (MES) visita de estudio, ha tenido usted un período de una semana o más cuando no estaba tomando sus medicamentos antirretroviral?

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

B7. a. En general, durante los ultimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tomó sus antiretrovirales como fueron recetados?

100% del tiempo .....1 **(SECTION C)**  
95-99% del tiempo.....2  
75-94% del tiempo.....3  
< 75% del tiempo.....4  
Yo no he tomado ninguna de las medicinas recetadas.....5

**b. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D1.**

La gente deja de tomar las medicinas por varias razones. Aquí hay una lista de posibles razones porque usted puede dejar de tomar sus medicinas. Desde su visita al estudio en el (MES), ¿con qué frecuencia dejó de tomar los antiretrovirales debido a...

	<u>Nunca</u>	<u>Rara vez</u>	<u>Algunas veces</u>	<u>Con frecuencia</u>
i. Simplemente olvido? .....	0	1	2	3
ii. Ha cambiado su rutina diaria (e.j., vacaciones, días de descanso o festivos) .....	0	1	2	3
iii. Se quedó dormida y no despertó a tiempo? .....	0	1	2	3
iv. Tiene demasiadas pastillas para tomar? .....	0	1	2	3
v. Se le acabaron las pastillas? .....	0	1	2	3
vi. No sentía deseo de tomar ninguna pastilla? .....	0	1	2	3
vii. No quería que otros notaran que estaba tomando medicinas? .....	0	1	2	3
viii. Estaba drogado o había bebido demasiado? .....	0	1	2	3
ix. Quería evitar efectos secundarios? .....	0	1	2	3
x. Sintió que la droga era tóxica y dañina? .....	0	1	2	3
xi. Se sintió demasiado enferma para tomar la droga? .....	0	1	2	3
xii. Se sintió demasiado deprimida para tomar la droga? .....	0	1	2	3
xiii. Tuvo dificultad siguiendo las instrucciones especiales (e.j., tomar con comidas o con el estómago vacío)? .....	0	1	2	3
xiv. Otra razón.....	0	1	2	3

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

**PROMPT: GO TO SECTION C.**

**B10. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D3.**

¿Que es su razón principal de no tomar ninguna de las medicinas o tratamientos antiretrovirales?  
**CIRCLE ONE ANSWER ONLY.**

- Soy VIH negativa.....1
- Mi CD4+ era muy alto/carga viral era muy baja .....2
- Me siento muy saludable .....3
- Estoy tomando medicamentos alternativos.....4
- No quiero efectos secundarios .....5
- Son muy difíciles de tragar .....6
- Mi médico no las recetó.....7
- No tengo como pagarlas/no tengo seguro médico .....8
- Resistencia a la medicina .....9
- Estoy esperando un bebé.....10
- Decisión personal de esperar .....11
- No les sirvieron a mis amigos.....12
- Problemas relacionadas al hígado.....14
- Cualquier otra razón.....13

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

**SECTION C. OI MEDICATION HISTORY**

**START F22MEDS4**

**C1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4.**

a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha inhalado la siguiente medicina?

114  Pentamidine (en aerosol)

b. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha usted tomado alguno de los siguientes medicamentos inyectado o en infusión?

- 091  Foscarnet (Foscavir)
- 125  Ganciclovir (DHPG, Cytovene IV)
- 232  Nandrolone (Deca-Durabolin)
- 157  Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos blancos (G-CSF, GM-CSF, Neupogen)
- 117  Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos rojos (Erythropoietin, Epogen, Procrit, EPO)
- 090  \***Interferon alfa-2b** (Intron A) or **Interferon alfa-2a** (Roferon-A)
- 124  Amphotericin B (Ampho B)
- 242  \***Pegylated interferon** (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

c. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tomado alguna de las siguientes medicinas en pastillas, líquidos o pomadas?

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>112 <input type="checkbox"/> Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ)</li> <li>184 <input type="checkbox"/> Biaxin (Clarithromycin)</li> <li>153 <input type="checkbox"/> Cipro (Ciprofloxacin)</li> <li>113 <input type="checkbox"/> Dapsone</li> <li>116 <input type="checkbox"/> Diflucan (Fluconazole)</li> <li>213 <input type="checkbox"/> *<b>Famvir</b> (Famciclovir)</li> <li>125 <input type="checkbox"/> Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte)</li> <li>138 <input type="checkbox"/> INH (Isoniazid)</li> <li>154 <input type="checkbox"/> Lamprene (Clofazimine)</li> <li>190 <input type="checkbox"/> Mepron (Atovaquone)</li> <li>540 <input type="checkbox"/> Metadona</li> <li>705 <input type="checkbox"/> Methyl-prednisolone (Medrol)</li> <li>229 <input type="checkbox"/> Monistat (Miconazole)</li> <li>137 <input type="checkbox"/> Myambutol (Ethambutol)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>145 <input type="checkbox"/> Mycelex or Lotrimin (Clotrimazole)</li> <li>127 <input type="checkbox"/> Nizoral (Ketoconazole)</li> <li>144 <input type="checkbox"/> Nystatin (Mycostatin)</li> <li>228 <input type="checkbox"/> Oxandrin (Oxandrolone)</li> <li>706 <input type="checkbox"/> Orapred</li> <li>707 <input type="checkbox"/> Prednisolone (Prelone)</li> <li>704 <input type="checkbox"/> Prednisone (Deltasone)</li> <li>182 <input type="checkbox"/> PZA (Pyrazinamide)</li> <li>235 <input type="checkbox"/> *<b>Rebetron</b> (Ribavirin &amp; Interferon alfa-2b)</li> <li>093 <input type="checkbox"/> Rifabutin (Mycobutin)</li> <li>139 <input type="checkbox"/> Rifadin (Rifampin)</li> <li>169 <input type="checkbox"/> Sporanox (Itraconazole)</li> <li>230 <input type="checkbox"/> Terazol (Terconazole)</li> <li>198 <input type="checkbox"/> Valtrex (Valcyclovir)</li> <li>247 <input type="checkbox"/> Vfend (voriconazole)</li> <li>152 <input type="checkbox"/> Zithromax (Azithromycin)</li> <li>146 <input type="checkbox"/> Zovirax (Acyclovir)</li> </ul> |
|--|---|

i. PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDS IN C1a, C1b OR C1c.....1 (SECT. D)  
 PARTICIPANT HAS TAKEN AT LEAST ONE MED IN C1a, C1b OR C1c ....2

**END F22MEDS4**

**PLEASE COMPLETE DRUG FORM 2 FOR EACH MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION C1a – C1c. IF NO MEDICATIONS ARE MARKED, GO TO SECTION D.**

d. ENTER THE TOTAL NUMBER OF NON-ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTIONS C1a, C1b and C1c:

**SECTION D. HEPATITIS MEDICATION HISTORY**

**START F22MEDS9**

**D1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4a.**

a. Desde que acudió a su visita para el estudio (MONTH), ¿ha tomado usted alguna de las siguientes medicinas para la Hepatitis B o C?

- 090 \_\_\_ Interferon alfa-2b (Intron A) or Interferon alfa-2a (Roferon-A)
- 242 \_\_\_ Pegylated interferon (PEGASYS or Peginterferon alfa-2a)  
(PEG-Intron or Peginterferon alfa-2b)
- 058 \_\_\_ Ribavirin (Virazole, Rebetol, Copegus)
- 235 \_\_\_ Rebetron (Ribavirin and interferon alfa-2b)
- 204 \_\_\_ Epivir (lamivudine, 3-TC)
- 234 \_\_\_ Viread (tenofovir, bis-POC-PMPA)
- 224 \_\_\_ Hespera (adefovir, Preveon, bis-POM PMPA, GS 840)
- 239 \_\_\_ Emtriva (emtricitabine, Coviracil, FTC)
- 708 \_\_\_ Infergen (Interferon alfacon-1)
- 213 \_\_\_ Famvir (Famciclovir)
- 253 \_\_\_ Truvada (Ziagen + Epivir)
- 709 \_\_\_ Baraclude (entecavir, BMS-200475)
- 710 \_\_\_ Tyzeka (telbivudine)
- 711 \_\_\_ Alina (nitazoxanide)

b. PARTICIPANT HAS NOT TAKEN ANY MEDS IN D1a .....1 (SECT. E)  
 PARTICIPANT HAS TAKEN AT LEAST ONE MED IN D1a .....2

**END F22MEDS9**

**PLEASE COMPLETE DRUG FORM 3 FOR EACH MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION D1a.**

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF HEPATITIS MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION D1a: |\_|\_|

**SECTION E. OTHER PRESCRIPTION MEDICATION USE**

E1. Desde su visita al estudio en (MONTH), ¿le pusieron a usted alguna de las siguientes vacunas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>DON'T KNOW</u>
a. Hepatitis A .....	1	2	<-8>
b. Hepatitis B .....	1	2	<-8>
c. Pneumovax .....	1	2	<-8>
d. Varicella (chicken pox).....	1	2	<-8>
e. Tétano.....	1	2	<-8>
f. VPH (el virus del papiloma genital humano) .....	1	2	<-8>

**PROMPT: IF ODD-NUMBERED VISIT (E.G., 31, 33, ETC.), SKIP TO QUESTION E11.**

E2. Durante la última estación de influenza, ¿recibió la vacuna contra la influenza (gripe) **regular**?

- YES .....1  
 NO .....2 **(E4)**

b. ¿Qué tipo de vacuna **regular** contra la gripe recibió usted?

- Inyección para la gripe .....1  
 Atomizador / vaporizador nasal .....2

c. ¿Cuándo recibió la vacuna de la gripe **regular**?

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

Ahora voy a hacerle algunas preguntas acerca de si tuvo la gripe. Los síntomas más comunes de la gripe son fiebre alta y mucha tos. Algunas personas también tienen dolores musculares o de cuerpo, dolor de cabeza, dolor de garganta y nariz congestionada cuando tienen la gripe. Algunas personas que estuvieron enfermas con la gripe H1N1 también manifestaron vómitos y diarrea. La gripe es diferente a un resfriado. En general, los síntomas de la gripe son peores y duran más que los síntomas del resfriado. La gripe puede durar desde unos días hasta una semana o más.

E4. En el último año, ¿piensa usted que ha tenido gripe?

- YES .....1  
 NO .....2 **(E11)**

E5. ¿Tuvo usted alguno de los siguientes síntomas cuando pensó que tuvo gripe? Si usted piensa que tuvo gripe más de una vez, por favor dígame acerca de los síntomas que tenía en el momento que en que estuvo más seriamente enferma de gripe.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fiebre .....	1	2
b. Tos seca.....	1	2
c. Dolor de garganta.....	1	2
d. Dolores musculares.....	1	2
e. Náuseas, vómitos o diarrea .....	1	2
f. Dolor de cabeza.....	1	2

**PROMPT: IF THE PARTICIPANT RESPONDS “NO” TO ALL SYMPTOMS, GO TO QUESTION E11.**

g. ¿Cuál fue la fecha de de los síntomas más serios de gripe que usted tuvo?

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



**E11. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4h.**

¿Desde su última visita en (MONTH), ha tomado algún tratamiento para reemplazar hormonas (hormonas, estrógeno, progesterona) por más de un mes? Estos tratamientos vienen en forma de píldora, crema o parcho sobre la piel. Por favor, no incluya ninguna hormona que tome sólo para impedir un embarazo, conversaremos sobre eso más adelante en la entrevista.

**ESTRÓGENO:** Premarin, Estrace, Estratab, Menest, Ogen, Cenestín, Estraderm, Climara, Menostar, Estrasorb, Alora, Enjuvia, Evamist, Femring, Vivelle-Dot

**PROGESTERONA:** Provera, Cycrin, Amen, Prometrium, Micronor, Nor-QD

**COMBINACIÓN ESTRÓGENO/PROGESTERONA:** Premphase, Prempro, Combipatch, Angeliq, Activella, Prefest

**OTROS TRATAMIENTOS:** Tamoxifen, Raloxifene, crema o parcho de Testosterona, Estratest (combinación Estrógeno/Testosterona), Pastillas o píldoras anticonceptivas, Norplant, Ortho Evra (el parche anticonceptivo para control de la natalidad), NuvaRing (el anillo vaginal mensual para el control de la natalidad)

YES .....1  
 NO .....2 **(E12a)**

a. INTERVIEWERS: BASED ON PARTICIPANT RESPONSE IN E11, CODE BELOW THE TYPE OF HRT THE PARTICIPANT REPORTED ABOVE:

ESTROGEN .....1  
 PROGESTERONE .....2  
 COMBINATION .....3  
 OTHER HRT .....4

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

b. ¿Cuál es la razón principal por la cual está tomando el tratamiento de hormonas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
i. Síntomas relacionados a la menopausia (cambios en le cuerpo, calores, resequedad vaginal, sudores) .....	1	2
ii. Depresión, ansiedad, o tensión emocional.....	1	2
iii. Para reponer las hormonas que su cuerpo no produce por una histerectomía o por remover sus ovarios .....	1	2
iv. Osteoporosis, o para prevenir o detener la pérdida de tejido seo .....	1	2
v. Para prevenir las enfermedades del corazón.....	1	2
vi. Períodos de menstruación irregulares.....	1	2
vii. Otra razón .....	1	2 <b>(E12a)</b>

Specify: \_\_\_\_\_

E12a. Desde su visita en (MES) para el estudio, ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón, (como Amiodarone, Quinidine, Verapamil, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4b. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12b. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de colesterol, los triglicéridos o los lípidos de la sangre, (como Lipitor, Pravachol, Zocor, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4c. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12c. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de azúcar en la sangre, como inyecciones de insulina o cualquier medicación oral? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4d. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12d. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para prevenir o tratar la osteoporosis o de fractura, como calcio, suplementos de vitamina D, terapia de reemplazo hormonal, o bifosfonatos (e.g., Fosamax, Actonel, Reclast, Boniva, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4e. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12e. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones, (como Tegretol, Dilantin, Phenobarbital, Depakote, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4f. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12f. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para condiciones psicológicas o depresión, (como Zyprexa, Zoloft, Celexa, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4g. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12g. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para la lipodistrofia causada por VIH o cambios en la acumulación de gordura relacionada al VIH, como hormonas de crecimiento o esteroides? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4i. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12h. (Desde su visita en (MES) para el estudio), ¿ha tomado alguna medicación para respirar o para problemas en los pulmones, (como Singulair, monteleukast, Accolate, zafirlukast, Zyflo, zileutin, Theodur, theophylline, Slo-phyllin, Slo-bid, o Aerolate)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4k. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12i. Desde su visita al estudio en (MES) ¿ha tomado Ud. alguna otra medicina que se le haya **recetado**, que **no** hayamos mencionado antes? **IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E13. ENTER THE TOTAL NUMBER OF OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTS TAKING IN QUESTIONS E12a – E12i: |\_|\_|

**PROMPT: IF E13 = 0, SKIP TO SECTION F. IF E13 ≥ 1, LIST MEDICATIONS IN COLUMN “a” AND COMPLETE COLUMNS “b” AND “c” FOR EACH MEDICATION.**

**PROMPT: PHOTOCOPY PAGE 17 AND INSERT IF PARTICIPANT REPORTS USING MORE THAN 10 OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS.**

**START F22MEDS6**

a. Specify Drug Name	b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días? <b>YES    NO</b>	c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.
Name of drug:	1      2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit.....2 Participant brought medication bottles to visit.....3 Participant brought pharmacy record to visit.....4 Record obtained directly from pharmacy.....5 Other .....6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1      2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit.....2 Participant brought medication bottles to visit.....3 Participant brought pharmacy record to visit.....4 Record obtained directly from pharmacy.....5 Other .....6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1      2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit.....2 Participant brought medication bottles to visit.....3 Participant brought pharmacy record to visit.....4 Record obtained directly from pharmacy.....5 Other .....6 SPECIFY: _____

a. Specify Drug Name	b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días? <b>YES NO</b>	c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____
Name of drug:	1 2	Self report ..... 1 Participant brought written list to visit..... 2 Participant brought medication bottles to visit..... 3 Participant brought pharmacy record to visit..... 4 Record obtained directly from pharmacy..... 5 Other ..... 6 SPECIFY: _____

**END F22MEDS6**

**SECTION F. ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATION USE**

F1. Además de medicaciones regulares, estamos interesados en obtener información sobre terapias complementarias y alternativas.

**PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D5.**

- a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha Ud. usado algunas medicinas complementarias o alternativas tomadas por boca como una pastilla o líquido, o que Ud. ha aplicado a su piel, o que Ud. ha insertado en su recto o vagina? Favor de incluir cualquier terapia enzimática, remedios caseros, remedios homeopáticos y suplementos nutricionales, tales como vitaminas o minerales que haya tomado. No incluya preparaciones comerciales de té de infusión (i.e. bolsa de té), pero por favor incluya remedios de té hecho de hierbas frescas.

YES.....1  
 NO.....2 (GO TO G3)

