

e. Qual fue el tratamiento:

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

f. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha recibido tratamiento por alguna otra condicion gynecologa?

- YES 1
- NO..... 2 (B2)

g. Para que recibiste el tratamiento? SPECIFY: _____

B2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le han extraido uno o ambos ovarios ?

- NO OVARIES REMOVED..... 1
- ONE OVARY REMOVED..... 2
- BOTH OVARIES REMOVED..... 3 (B3)

a. ¿Alguna vez le han sacado ambos ovarios?

- YES 1
- NO..... 2

B3. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tenido algún procedimiento de esterilización permanente, tal como ligadura de trompas o procedimiento para insertar el dispositivo anticonceptivo Essure?

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

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

- YES 1
- NO..... 2

B4. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le han hecho) un legrado o raspado (dilatación y curetaje)?

- YES 1
- NO..... 2

B5. (Desde su visita al estudio en (MES) ¿le han hecho) una histerectomPa (extirpaci . : n del δtero/matriz), ya sea parcial o total? (PROBE: Una histerectomía parcial incluye la extirpación del útero o matriz solamente. Una histerectomía total incluye la extirpación del cuello del útero además del útero o matriz.)

- YES 1 (B6a)
- NO..... 2

B6. ¿Ha tenido usted, alguna vez, una histerectomía, ya sea parcial o total?

- YES 1 (B20)
- NO..... 2

PROMPT: IF PARTICIPANT REPORTED “EVER” HAVING A BILATERAL OOPHERECTOMY (QUESTION B2a=1), THEN SKIP TO QUESTION B20.

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

a. INTERVIEWER: SELECT ONE OPTION BELOW TO DESCRIBE THE PARTICIPANT'S GYNECOLOGICAL SURGERY HISTORY. FOLLOW THE INDICATED SKIP PATTERN.

PT. REPORTS NO GYNECOLOGICAL SURGERY1 (B7)

PT. REPORTS HYSTERECTOMY SLV (B1e=4 or B5=1)
or PT. REPORTS STERILIZATION (B3=1 or B3a=1)
or PT. REPORTS BILATERAL OOPHERECTOMY SLV (B2=3)....2 (B8)

B7. ¿Está Ud. embarazada actualmente?

YES 1
NO 2 (B8)

a. ¿Ha visto a un trabajador de salud prenatal, médico, enfermera, enfermera especializada, partera o auxiliar de médicos para este embarazo?

YES..... 1 (B7c)
NO 2

b. ¿Tiene una cita para ir a ver a un trabajador de salud?

YES..... 1
NO 2

IF PREGNANT, REFER FOR PRENATAL CARE IF NOT ALREADY RECEIVING

c. Sin contar este embarazo, ¿cuántas veces ha estado embarazada desde su visita al estudio en (MES)? Por favor, incluya todos sus embarazos, no importa en qué hayan resultado. (IF NONE CODE "00")

[] [] [] []

PREGNANCIES

PROMPT: IF B7c = 00, SKIP TO B13; IF B7c ≥ 01, SKIP TO B9

B8. Desde su visita al estudio en (MES), ¿cuántas veces ha estado embarazada? Por favor, incluya todos sus embarazos, no importa en qué hayan resultado.

[] [] [] []

PREGNANCIES

PROMPT: IF B8 = 00 AND IF B6a = 2, SKIP TO B13. IF B8 = 00 AND IF B6a = 1, SKIP TO B12.

INSTRUCTIONS

START F23S1

- READ: Ahora voy a preguntarle acerca de todos sus embarazos, desde su visita al estudio en (MES) (aparte de su embarazo actual). Comencemos con el primer embarazo.
• HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD 8
• COMPLETE FOR ALL PREGNANCIES REPORTED AT EITHER B7C OR B8, THEN SKIP TO B12 UNLESS PARTICIPANT IS CURRENTLY PREGNANT, THEN SKIP TO B13
• COLLECT MONTH AND YEAR FOR EACH PREGNANCY

WIHS ID #

	a. ¿Cuál fue el resultado del embarazo (#)?	b. ¿Cuántos bebés nacieron?	c. ¿Cuándo fue/ocurrió eso? Sólo necesito el año y el mes.
B9. 1st	Naci.: vivo.....1 Naci.: muerto.....2 Emb. Ectópico.....5 (c) Aborto (Inducido/ Otro6 (c) Electivo/Terapéutico)3 (c) SPECIFY: _____ Aborto Espontáneo/natural4 (c) DON'T KNOW.....<-8> (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ _ / _ _ _ M Y
B10.2nd	Naci.: vivo.....1 Emb. Ectópico.....5 (c) Naci.: muerto.....2 Otro6 (c) Aborto (Inducido/ SPECIFY: _____ Electivo/Terapéutico)3 (c) DON'T KNOW.....<-8> (c) Aborto Espontáneo/natural4 (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ _ / _ _ _ M Y
B11.3rd	Naci.: vivo.....1 Emb. Ectópico.....5 (c) Naci.: muerto.....2 Otro6 (c) Aborto (Inducido/ SPECIFY: _____ Electivo/Terapéutico)3 (c) DON'T KNOW.....<-8> (c) Aborto Espontáneo/natural4 (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ _ / _ _ _ M Y

END F23S1

PROMPT: IF CURRENTLY PREGNANT (B7=1), OR IF PARTICIPANT REPORTS GYNECOLOGICAL SURGERY (B6a=2), SKIP TO QUESTION B13.

B12. ¿Está tratando de quedar embarazada actualmente?

YES 1
 NO..... 2

B13. Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su menstruación (periodo/regla). ¿Ha tenido un periodo/ una regla en los últimos 6 meses?

YES 1
 NO..... 2 **(B20)**

B14. ¿Cuándo fue el primer día de su periodo/regla más reciente? Si actualmente Ud. está con su período, por favor dígame el día en que comenzó a sangrar por primera vez.

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

(PROBE: Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.)

B17. En los últimos 6 meses, ¿comenzó su periodo/regla por lo menos tres días temprano o tres días tarde (por lo menos tres días antes o tres días después de la fecha anticipada)?

YES 1
 NO..... 2

B18. En los últimos 6 meses, ¿se le ha dejado de presentar alguno de sus periodos/reglas, sin contar los momentos en que Ud. haya estado embarazada o lactando (amamantando) a su bebé?

YES 1
 NO..... 2

B19. En los últimos 6 meses, ¿ha notado manchas o sangre en medio o entre sus periodos/reglas?

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

REFER FOR FOLLOW-UP TO PARTICIPANT'S HEALTH CARE PROVIDER

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

B20. ¿Ha pasado por la menopausia (el cambio de la vida)? (**PROBE:** Menopausia significa que no ha tenido la menstruación o el período desde hace 12 meses o más. Esto no incluye el no tener el período a causa de estar embarazada o debido a los medicamentos que pueda estar tomando.)

- YES 1
- NO 2
- N/A; HAD HYSTERECTOMY 3

B21. Durante los últimos 6 meses, ¿ha sangrado después de tener relaciones sexuales vaginales con un hombre ∴ despues de la penetracion de un juguete sexual aunque Ud. no estuviera menstruando?

- YES 1
- NO 2

REFER FOR FOLLOW-UP TO PARTICIPANT'S HEALTH CARE PROVIDER

SECTION C: HORMONES, BIRTH CONTROL AND BARRIER METHODS

INTRODUCTION: Las siguientes preguntas se refieren a métodos usados para evitar el embarazo, regular el ciclo menstrual (la regla) y/o impedir la transmisión de enfermedades sexuales. Por favor indique todos los métodos que Ud. haya usado sin importar la razón.

C0. ¿En los últimos 6 meses, ha utilizado ninguna forma de control de la natalidad en todos los (incluidos condones o abstinencia), ya sea para control de natalidad, Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH, Para regular su regla?

- YES 1
- NO 2 (**SECTION E**)

a. HAS PARTICIPANT EVER HAD A STERILIZATION PROCEDURE (i.e., QUESTION B3a = 1)?

- YES 1 (**C8**)
- NO 2

b. HAS PARTICIPANT HAD A HYSTERECTOMY PRIOR TO HER LAST STUDY VISIT (i.e., QUESTION B6 = 1)?

- YES 1 (**C8**)
- NO 2

WIHS ID #

¿En los últimos 6 meses, ha usado (METHOD):	En los últimos 6 meses, ¿ha usado (METHOD)...
<p>C1. La Píldora/Anticonceptivo Oral (AO)?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C3i)</p> <p>DECLINED <-7> (C3i)</p> <p>a. ¿Por cuántos meses, durante los últimos 6 meses tomó Ud. la píldora o un AO?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ </p> <p style="text-align: center;"># MONTHS</p> <p>b. ¿Tomó Seasonale o Seasonique, la píldora con la cual tiene solamente 4 períodos menstruales por año?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>c. ¿Tomó Lybrel, la píldora de uso continuo, con la cual no tiene período menstrual?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>d. Para control de natalidad?... 1 2</p> <p>e. Para regular su regla? 1 2</p> <p>f. Por alguna otra razón? 1 2 (C3i)</p> <p>SPECIFY: _____</p>
<p>C3i. ¿Depo/Depo Provera Inyección Anticonceptiva?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C3ii)</p> <p>DECLINED <-7> (C3ii)</p> <p>a. ¿Cuándo recibió la inyección más reciente? Necesito el mes y el año.</p> <p style="text-align: center;">_ _ / _ _</p> <p style="text-align: center;">M Y</p>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>b. Para control de natalidad?.....1 2</p> <p>c. Para regular su regla?.....1 2</p> <p>d. Por alguna otra razón?.....1 2 (C3ii)</p> <p>SPECIFY: _____</p>
<p>C3ii. ¿Implanon, anticonceptivo implantable con progestina?</p> <p>YES..... 1</p> <p>NO 2 (C4)</p> <p>DECLINED <-7> (C4)</p> <p>a. ¿Cuándo recibió el implante más reciente? Necesito el mes y el año.</p> <p style="text-align: center;">_ _ / _ _</p> <p style="text-align: center;">M Y</p>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>b. Para control de natalidad?.....1 2</p> <p>c. Para regular su regla?.....1 2</p> <p>d. Por alguna otra razón?.....1 2 (C4)</p> <p>SPECIFY: _____</p>

WIHS ID #

--

¿En los últimos 6 meses, ha usado (METHOD):	En los últimos 6 meses, ¿ha usado (METHOD)...															
<p>C4. Un dispositivo intrauterino (DIU)?</p> <p>YES 1 NO 2 (C5) DECLINED <-7> (C5)</p> <p>a. ¿Qué tipo de DIU (Dispositivo Intrauterino ha usado)?</p> <p style="padding-left: 20px;">DIU con la hormona? (Mirena) 1 DIU sin la hormona? (Paragard) 2 DON'T KNOW <-8></p>																
<p>C5. Ortho Evra, el parche anticonceptivo para control de la natalidad que se aplica una vez por semana?</p> <p>YES 1 NO 2 DECLINED <-7></p>																
<p>C6. NuvaRing, el anillo vaginal mensual para el control de la natalidad?</p> <p>YES 1 NO 2 DECLINED <-7></p>																
<p>C7. Anticoncepción de Emergencia (PROBE: píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia, Plan B, Ovral, PREVEN)</p> <p>YES 1 NO 2 (C8) DECLINED <-7> (C8)</p> <p>a. ¿Cuántas veces ha tomado píldoras anticonceptivas de emergencia en los últimos 6 meses? _ _ _ # of TIMES</p>																
<p>C8. Diafragma o funda para cubrir el cérvix?</p> <p>YES 1 NO 2 (C9) DECLINED <-7> (C9)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>YES</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para control de natalidad?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Por alguna otra razón?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SPECIFY: _____</td> </tr> </tbody> </table>		<u>YES</u>	<u>NO</u>	a. Para control de natalidad?	1	2	b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?	1	2	c. Por alguna otra razón?	1	2	SPECIFY: _____		
	<u>YES</u>	<u>NO</u>														
a. Para control de natalidad?	1	2														
b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?	1	2														
c. Por alguna otra razón?	1	2														
SPECIFY: _____																
<p>C9. Cremas vaginales, gelatinas, espuma, o la esponja?</p> <p>YES 1 (a) NO 2 (C10) DECLINED <-7> (C10)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>YES</u></th> <th style="text-align: center;"><u>NO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. Para control de natalidad?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Por alguna otra razón?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td colspan="3">SPECIFY: _____</td> </tr> </tbody> </table>		<u>YES</u>	<u>NO</u>	a. Para control de natalidad?	1	2	b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?	1	2	c. Por alguna otra razón?	1	2	SPECIFY: _____		
	<u>YES</u>	<u>NO</u>														
a. Para control de natalidad?	1	2														
b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?	1	2														
c. Por alguna otra razón?	1	2														
SPECIFY: _____																
<p>C10. El método del ritmo o extracción?</p> <p>YES 1 NO 2 (C11) DECLINED <-7> (C11)</p>																

WIHS ID #

¿En los últimos 6 meses, ha usado (METHOD):	En los últimos 6 meses, ¿ha usado (METHOD)...	
C11. Condones para el hombre? YES 1 NO 2 (C12) DECLINED <-7> (C12)	<u>YES</u>	<u>NO</u>
	a. Para control de natalidad? 1	2
	b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH? 1	2
	c. Por alguna otra razón? 1	2
	SPECIFY: _____	
C12. Condones femeninos? YES 1 NO 2 (C13) DECLINED <-7> (C13)	<u>YES</u>	<u>NO</u>
	a. Para control de natalidad? 1	2
	b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH? 1	2
	c. Por alguna otra razón? 1	2
	SPECIFY: _____	
C13. Abstinencia / No sexo? YES 1 NO 2 (C14) DECLINED <-7> (C14)	<u>YES</u>	<u>NO</u>
	a. Para control de natalidad? 1	2
	b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH? 1	2
	c. Por alguna otra razón? 1	2
	SPECIFY: _____	

C14. ¿En los últimos 6 meses ha usado algún otro método o alguna otra cosa que no ha mencionado, para evitar quedar embarazada?

YES 1
 NO 2 **(C15)**

a. ¿Qué ha usado? SPECIFY: _____

C15. ¿En los últimos 6 meses ha usado algún otro método tal como protectores bucales (*dental dams*), *Saran wrap*, envoltura plástica o condones femeninos para evitar contraer o transmitir enfermedades de transmisión sexual o VIH?

YES 1
 NO 2 **(SECTION E)**

a. ¿Qué método usó para evitar contraer o transmitir enfermedades de transmisión sexual o VIH?
 SPECIFY: _____

SECTION E: GYNECOLOGICAL INFECTIONS

Ahora voy a preguntarle sobre ciertas condiciones, que un trabajador de salud le pudiera haber dicho, que Ud. tuvo desde su visita al estudio en (MES). Por favor, no incluya las condiciones que le hayan mencionado durante su visita al estudio en (MES).

Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud (médico, enfermera, partera o auxiliar de médicos o enfermera especializada) que Ud. ha padecido de:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	
E1. Gonorrea?	1	2	(E2)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E2. Sífilis?.....	1	2	(E3)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E3. Clamidia?.....	1	2	(E4)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E4. PID, enfermedad inflamatoria de la pelvis?	1	2	(E5)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E5. Herpes en o alrededor del área genital? (PROBE: Su vagina o ano.).....	1	2	(E6)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E6. Verrugas en o alrededor del área genital?? (PROBE: Su vagina o ano.).....	1	2	(E7)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E7. Vaginitis causada por tricomonas, tric?.....	1	2	(E8)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E8. Vaginitis causada por bacteria?.....	1	2	(E9)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
E9. Vaginitis causada por candida u hongos?.....	1	2	(E17)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
b. ¿Cuántas veces tuvo hongos vaginales desde la visita de control que realizó en (MES)?			_ _ _

Las próximas preguntas se refieren a síntomas que Ud. pudo haber experimentado desde su visita al estudio en (MES).

¿Ha experimentado:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
E17. Aumento en el flujo de las secreciones vaginales o secreciones anormales?	1	2
E18. Olor vaginal anormal o extraño?.....	1	2
E19. Picazón (prurito) dentro o alrededor de la vagina?	1	2
E20. Una llaga o úlcera en la zona genital o sus alrededores? (PROBE: Su vagina o ano.).....	1	2
E21. Dolor en la vagina o sus alrededores?.....	1	2

REFER FOR FOLLOW-UP TO PARTICIPANT'S HEALTH CARE PROVIDER

