

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 gynecologica?

- 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 o Adiana?

- 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 histerectomía (extirpación del útero/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 OOPHORECTOMY (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 **SLV** (B3=1)

or PT. REPORTS BILATERAL OOPHORECTOMY **SLV** (B2=3)...2 (B8)

PT. REPORTS PRIOR STERILIZATION (B3a=1).....3 (B13)

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 #

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

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 ó después de la penetración 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 usado alguna forma de anticonceptivo (incluyendo condones o abstinencia), tanto para prevenir el embarazo, para evitar contraer o transmitir enfermedades de transmisión sexual o VIH, para regular sus períodos, o para alguna otra razón?

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

a. HAS PARTICIPANT HAD A STERILIZATION PROCEDURE (i.e., QUESTION B3a = 1) OR BILATERAL OOPHORECTOMY (B2a = 1) PRIOR TO HER LAST STUDY VISIT?

- 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 o Nexplanon, 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</p> <p>NO 2 (C5)</p> <p>DECLINED <-7> (C5)</p> <p>a. ¿Qué tipo de DIU (Dispositivo Intrauterino ha usado?</p> <p style="padding-left: 20px;">5 años de DIU con la hormona? (Mirena) 1</p> <p style="padding-left: 20px;">10 años de DIU de cobre sin la hormona? (ParaGard) 2</p> <p style="padding-left: 20px;">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</p> <p>NO 2</p> <p>DECLINED <-7></p>																
<p>C6. NuvaRing, el anillo vaginal mensual para el control de la natalidad?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2</p> <p>DECLINED<-7></p>																
<p>C7. Anticoncepción de Emergencia (PROBE: píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia, Plan B, Ovral, Next Choice, Ella, levonorgestrel comprimidos, 10 años de DIU de cobre)</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C8)</p> <p>DECLINED<-7> (C8)</p> <p>a. ¿Cuántas veces ha tomado píldoras anticonceptivas de emergencia en los últimos 6 meses? <u> </u><u> </u><u> </u></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"># of TIMES</p>																
<p>C8. Diafragma o funda para cubrir el cérvix?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C9)</p> <p>DECLINED <-7> (C9)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">YES</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">NO</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>		YES	NO	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: _____		
	YES	NO														
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)</p> <p>NO 2 (C10)</p> <p>DECLINED <-7> (C10)</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">YES</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">NO</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>		YES	NO	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: _____		
	YES	NO														
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</p> <p>NO 2 (C11)</p> <p>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 (PROMPT) DECLINED <-7> (PROMPT)	<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 (PROMPT)
	SPECIFY: _____	

PROMPT: IF QUESTION C0a=2 AND QUESTION C0b=2 (I.E., BOTH C0a AND C0b ARE NO), THEN GO TO QUESTION C14. HOWEVER, IF EITHER QUESTION C0a=1 OR C0b=1, THEN SKIP TO QUESTION C15.

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

WIHS ID #

SECTION F: MAMMOGRAPHY AND BREAST CONDITIONS

En esta sección le voy a preguntar sobre condiciones de los senos y los mamogramas.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
F1. alimentado (lactado) con su pecho?	1 (F4)	2
F2. tenido secreciones por alguno de sus pezones?..	<input type="checkbox"/> 1	2
F3. tenido dolor en su senos?	1	2 (F4)
a. ¿Fue en la semana antes de comenzar su periodo/regla?.....	1	<input type="checkbox"/> 2
F4. tenido un nódulo en su senos?.....	<input type="checkbox"/> 1	2

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

F5. ¿Se ha hecho un mamograma desde su visita al estudio en (MES)? (**PROBE:** Un mamograma es un tipo de rayo x especial para examinar los senos.)

 YES 1
 NO 2 (F9)

F6. ¿Su mamograma más reciente fue hecho:

 Como examen de rutina o debido a su edad?.....1
 Porque existe una historia familiar de cáncer de los senos.....2
 Para evaluar una masa o un nódulo.....3

F7. ¿Cuál fue el resultado del mamograma? ¿Fue normal (negativo), anormal (positivo), o hubo otro resultado? (**PROBE:** “Pendiente” significa que todavía no ha recibido ningún resultado.)

 NORMAL OR NEGATIVE TEST 1
 ABNORMAL OR POSITIVE TEST 2
 PENDING 4
 OTHER 3

 SPECIFY: _____

F9. TIME MODULE ENDED:

 |_|_| : |_|_| AM 1
 PM 2