

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM 23: OBSTETRIC, GYNECOLOGICAL & CONTRACEPTIVE 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: 10/01/05
A4. DATE OF INTERVIEW:
A5. INTERVIEWER'S INITIALS:
A6. DATE OF LAST STUDY VISIT (FROM VISIT CONTROL SHEET)
A7. TIME MODULE BEGAN:

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus embarazos, sus antecedentes ginecológicos y sus métodos de control de natalidad (métodos anticonceptivos), desde su última visita al estudio en

SECTION B: GYN SURGERY HISTORY, PREGNANCY, AND MENSTRUATION

- B1 a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha recibido tratamiento a rias de un examen Pap anormal o una biopsia anormal de la cerviz?
b. Qual fue el tratamiento:
c. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha recibido tratamiento por alguna otra condicion gynecologa?
d. Para que recibiste el tratamiento? SPECIFY:
B2. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le han extraido uno o ambos ovarios ?

WIHS ID #

[Empty box for WIHS ID #]

B3. (Desde su visita al estudio en (MES), ¿le han hecho) una ligadura de las trompas (ligadura de los tubos)?

YES 1 (B4)
NO 2

a. ¿Ha tenido usted, alguna vez, una ligadura de las trompas?

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 (GO TO PROMPT BELOW)
NO 2 (B6)

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

YES 1 (B20)
NO 2 (GO TO PROMPT BELOW)

PROMPT: IF PARTICIPANT HAS HAD BOTH OVARIES REMOVED (B2 = 3) OR A TUBAL LIGATION (B3 = 1 OR B3a = 1) OR A PARTIAL OR TOTAL HYSTERECTOMY (B1b = 4 or B5 = 1), SKIP TO QUESTION B8. OTHERWISE, PROCEED TO QUESTION B7.

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

WIHS ID #

- 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 B2, B3, B3a OR B5a = YES, SKIP TO B13.
IF B8 = 00 AND IF NONE OF B2, B3 OR B5 = YES, SKIP TO B12.**

START F23S1

- INSTRUCTIONS:**
- **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**

	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	Nació vivo1 Nació muerto2 Emb. Ectópico5 (c) Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico)3 (c) Otro6 (c) Aborto Espontáneo (Aborto natural)4 (c) (SPECIFY) DON'T KNOW <-8> (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
B10.2nd	Nació vivo1 Nació muerto2 Emb. Ectópico5 (c) Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico)3 (c) Otro6 (c) Aborto Espontáneo (Aborto natural)4 (c) (SPECIFY) DON'T KNOW <-8> (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y
B11.3rd	Nació vivo1 Nació muerto2 Emb. Ectópico5 (c) Aborto (Inducido/ Electivo/Terapéutico)3 (c) Otro6 (c) Aborto Espontáneo (Aborto natural)4 (c) (SPECIFY) DON'T KNOW <-8> (c)	_ _ _ # BABIES	_ _ / _ _ M Y

END F23S1

PROMPT: IF CURRENTLY PREGNANT (B7=YES), SKIP TO 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)
DON'T KNOW<-8> (B20)
DECLINED<-7> (B20)

B14. ¿Cuándo fue el primer día de su periodo/regla más reciente? (**PROBE:** Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.) (**IF PARTICIPANT GIVES A DATE WITHIN THE LAST 7 DAYS OR IF THE PARTICIPANT IS CURRENTLY MENSTRUATING, ASK:** ¿Cuál fue el primer día de su último periodo/ultima regla antes de ésta?)

___ ___ / ___ ___ / ___ ___
M D Y

B15. ¿Cuántos días duró ese periodo (esa regla)? (**PROBE:** ¿Cuántos días usó un tampón o toalla higiénica para la sangre?) (**PROBE:** Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.) (**RECORD NUMBER OF DAYS THAT A TAMPON OR PAD WAS USED. ROUND UP TO THE NEAREST DAY.**)

___|___|
DAYS

B16. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántos días duró su periodo/regla? Deme el número promedio de días. (**PROBE:** Por favor, deme su mejor estimado.)

___|___|
DAYS

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

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

WIHS ID #

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.

PROMPT: IF PARTICIPANT HAD TUBAL LIGATION (B3a = 1) or HYSTERECTOMY (B6 = 1) PRIOR TO HER (MONTH) STUDY VISIT, then SKIP TO C8.

¿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 (C2)</p> <p>DECLINED <-7> (C2)</p> <p>a. ¿Por cuántos meses, durante los últimos 6 meses tomó Ud. la píldora o un AO?</p> <p style="text-align: center;"> _ _ _ # MONTHS</p>	<p><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>a. Para control de natalidad? ... 1 2</p> <p>b. Para regular su regla? 1 2</p> <p>c. Por alguna otra razón? 1 2 (C2)</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>
<p>C2. Norplant?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C3)</p> <p>DECLINED <-7> (C3)</p> <p>a. ¿Cuándo fue insertado? Necesito el mes y el año.</p> <p style="text-align: center;">_ _ / _ _ M Y</p> <p>b. ¿Todavía lo tiene puesto?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2</p>	<p><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>c. Para control de natalidad? ... 1 2</p> <p>d. Para regular su regla? 1 2</p> <p>e. Por alguna otra razón? 1 2 (C3)</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>

WIHS ID #

En los últimos 6 meses ¿ha usado... (METHOD)	En los últimos 6 meses ¿ha usado (METHOD)...												
<p>C3.</p> <p>i. ¿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;"> ___ / ___ M Y </p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;"><u>YES</u></th> <th style="width: 10%;"><u>NO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>b. Para control de natalidad?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Para regular su regla?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Por alguna otra razón?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 (C3ii)</td> </tr> </tbody> </table> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>		<u>YES</u>	<u>NO</u>	b. Para control de natalidad?.....1	1	2	c. Para regular su regla?.....1	1	2	d. Por alguna otra razón?.....1	1	2 (C3ii)
	<u>YES</u>	<u>NO</u>											
b. Para control de natalidad?.....1	1	2											
c. Para regular su regla?.....1	1	2											
d. Por alguna otra razón?.....1	1	2 (C3ii)											
<p>ii. ¿Lunelle Inyección Anticonceptiva?</p> <p>YES 1</p> <p>NO 2 (C4)</p> <p>DECLINED <-7> (C4)</p> <p>a. ¿Cuándo recibió la inyección más reciente? Necesito el mes y el año.</p> <p style="text-align: center;"> ___ / ___ M Y </p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 10%;"><u>YES</u></th> <th style="width: 10%;"><u>NO</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>b. Para control de natalidad?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c. Para regular su regla?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d. Por alguna otra razón?.....1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2 (C4)</td> </tr> </tbody> </table> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>		<u>YES</u>	<u>NO</u>	b. Para control de natalidad?.....1	1	2	c. Para regular su regla?.....1	1	2	d. Por alguna otra razón?.....1	1	2 (C4)
	<u>YES</u>	<u>NO</u>											
b. Para control de natalidad?.....1	1	2											
c. Para regular su regla?.....1	1	2											
d. Por alguna otra razón?.....1	1	2 (C4)											
<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>DIU con la hormona? (Progestasert, Mirena) 1</p> <p>DIU sin la hormona? (Paragard) 2</p> <p>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>													

WIHS ID #

--

En los últimos 6 meses ¿ha usado... (METHOD)	En los últimos 6 meses ¿ha usado (METHOD)...
<p>C7. Anticoncepción de Emergencia (píldoras anticonceptivas hormonales de emergencia)</p> <p>YES.....1</p> <p>NO2 (C8)</p> <p>DECLINED <-7> (C8)</p> <p style="margin-left: 40px;">a. ¿Cuántas veces ha tomado píldoras anticonceptivas de emergencia en los últimos 6 meses?</p> <p style="margin-left: 80px;"> _ _ _ </p> <p style="margin-left: 80px;"># 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>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>a. Para control de natalidad?.....1 2</p> <p>b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?.....1 2</p> <p>c. Por alguna otra razón?.....1 2</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>
<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>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>a. Para control de natalidad?.....1 2</p> <p>b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?.....1 2</p> <p>c. Por alguna otra razón?.....1 2</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>
<p>C10. El método del ritmo o extracción?</p> <p>YES..... 1</p> <p>NO 2 (C11)</p> <p>DECLINED <-7> (C11)</p>	
<p>C11. Condones para el hombre?</p> <p>YES..... 1</p> <p>NO 2 (C12)</p> <p>DECLINED <-7> (C12)</p>	<p style="text-align: center;"><u>YES</u> <u>NO</u></p> <p>a. Para control de natalidad?.....1 2</p> <p>b. Para evitar contraer o transmitir ETS o VIH?.....1 2</p> <p>c. Por alguna otra razón?.....1 2</p> <p>_____</p> <p>(SPECIFY)</p>

WIHS ID #

En los últimos 6 meses ¿ha usado... (METHOD)	En los últimos 6 meses ¿ha usado (METHOD)...	
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	(E16)
a. ¿Fue detectada durante su visita al estudio en (MES)?	1	2	
b. ¿Ha tenido usted mas de una infección causada por hongos desde su visita al estudio en (MES)?			
YES	1		
NO	2		

WIHS ID #

c. ¿Ha tomado alguna medicación (ya sea por boca o en crema o loción) para una infección vaginal?

YES 1
NO 2 (E15)

d. SPECIFY: _____

E15. ¿Cuántos días duró su más reciente infección vaginal causada por hongos? (PROBE: Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.) (PROBE: Si la infección aún está presente cuente desde el día en que comenzó hasta hoy.)

#DAYS

E16. Desde su visita al estudio en (MES), ¿le ha dicho algún trabajador de salud (médico, enfermera, partera, auxiliar de médicos o enfermera especializada) que Ud. ha padecido de alguna otra forma de vaginitis, aparte de las que hemos mencionado?

YES 1
NO 2
DON'T KNOW <-8>
DECLINED <-7>

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

¿Ha experimentado:

	<u>YE</u> <u>S</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

SECTION F: MAMMOGRAPHY AND BREAST CONDITIONS

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

Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha:	<u>YES</u>	<u>NO</u>
F1. alimentado (lactado) con su pecho?	1 (F4)	2
F2. tenido secreciones por alguno de sus pezones?..	1	2
F3. tenido dolor en su seno o senos?	1	2 (F4)
a. ¿Fue en la semana antes de comenzar su periodo/regla?.....	1	2
F4. tenido un nódulo o nódulos en uno o en ambos senos?	1	2

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

WIHS ID #

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?

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

(SPECIFY)

F9. TIME MODULE ENDED:

|_|_| : |_|_|

AM 1
PM..... 2