

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY
FORM 25b: MENTAL HEALTH CARE UTILIZATION

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE
A2. WIHS STUDY VISIT #:
A3. FORM VERSION: 11/08/05
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, me gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su uso de medicinas y psicoterapias para tratar la depresión. Nosotros estamos interesados en entender como diferentes tipos de tratamiento para la depresión puedan ayudar la salud femenina.

SECTION B: UTILIZATION OF SERVICES

- B1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha usted tomado o sido recetado medicina antidepresiva?
YES .....1
NO .....2 (B2)
a. Esta tomando esta medicina contra:
la Depresión .....1
Neuropatía, o endormecimiento o hormigueo de las manos y los pies .....2
Ambas cosas, la depresión y neuropatía .....3
Otra razón .....4
SPECIFY: \_\_\_\_\_

WIHS ID #

**INSTRUCTIONS: ASK RESPONDENT TO LOOK AT HER PRESCRIPTION BOTTLE(S), THEN ASK:**

b. Cual es el nombre de (la primera, la segunda, etc.) medicina?

**WRITE THE NAME OF THE MEDICATION IN COLUMN b OF TABLE.**

c. ¿Que cantidad es la dosis que esta tomando? **PROBE:** Esto es el numero de miligramos/microgramos que tomas cada vez que toma su medicina.

**RECORD DOSE IN COLUMN c OF TABLE, for example, |3|0|0| mg, or |1|2|5| mcg.**

d. ¿Cuantas veces al día toma usted esta dosis de medicina?

**RECORD RESPONSE IN COLUMN d OF TABLE.**

e. ¿Cual es la fecha en que empezó a tomar esta medicina? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

**START DATE MAY BE PRIOR TO LAST STUDY VISIT AS LONG AS MEDICATION HAS BEEN TAKEN AT LEAST ONCE SINCE THE LAST STUDY VISIT. RECORD DATE IN COLUMN e OF TABLE. IF PARTICIPANT CANNOT REMEMBER THE EXACT MONTH AND DAY, RECORD THE NEAREST MONTH AND ASSIGN “15” FOR THE DAY.**

f. ¿Aun sigues tomando esta medicina?

**INDICATE “YES” OR “NO” IN COLUMN f OF TABLE. IF PARTICIPANT IS STILL TAKING MEDICATION, SKIP TO PROMPT BELOW. DO NOT COMPLETE COLUMN g.**

g. ¿Cual es la fecha en que paraste de tomar esta medicina?

**RECORD DATE IN COLUMN g OF TABLE. IF PARTICIPANT CANNOT REMEMBER THE EXACT MONTH AND DAY, RECORD THE NEAREST MONTH AND ASSIGN “15” FOR THE DAY.**

**PROMPT: IF PARTICIPANT HAS TAKEN MORE THAN ONE MEDICATION SINCE HER LAST STUDY VISIT, REPEAT QUESTIONS b THROUGH g FOR EACH MEDICATION TAKEN.**

**START F25bs1**

	b. Name	c. Dose	d. Frequency	e. Start Date	f. Still Taking		g. Stop Date
					YES	NO	
1		_ _ _ _  _____	_  times per day	___/___/___ M M D D Y Y	1	2	___/___/___ M M D D Y Y
2		_ _ _ _  _____	_  times per day	___/___/___ M M D D Y Y	1	2	___/___/___ M M D D Y Y
3		_ _ _ _  _____	_  times per day	___/___/___ M M D D Y Y	1	2	___/___/___ M M D D Y Y
4		_ _ _ _  _____	_  times per day	___/___/___ M M D D Y Y	1	2	___/___/___ M M D D Y Y
5		_ _ _ _  _____	_  times per day	___/___/___ M M D D Y Y	1	2	___/___/___ M M D D Y Y

**END F25bs1**

h. ENTER THE TOTAL NUMBER OF MEDICATIONS  
THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION B1b: |\_|\_|

**PROMPT: IF PARTICIPANT HAS BEEN TAKING MEDICATION FOR LESS THAN 1 YEAR, ASK QUESTION i. IF SHE HAS TAKEN ANY MEDICATION FOR ONE YEAR OR MORE, SKIP TO QUESTION j.**

i. ¿Desde que empezó a tomar estos medicamentos, cuantas veces ha consultado con un doctor con respeto a esta medicina? Podrías haber consultado con un doctor para renovar su receta, verificar la dosis, o discutir los efectos o efectos secundarios de la medicina.

|\_|\_|\_|\_| (B2)  
# TIMES

**PROMPT: IF PARTICIPANT HAS BEEN TAKING ANY MEDICATION FOR ONE YEAR OR MORE, ASK QUESTION j.**

j. En los últimos 12 meses, ¿cuantas veces ha consultado con un doctor con respeto a esta medicina? Podrías haber consultado con un doctor para renovar su receta, verificar la dosis, o discutir los efectos o efectos secundarios de la medicina.

|\_|\_|\_|\_|  
# TIMES

B2. Desde su visita al estudio en (MES), ha usted recibido terapia psicológica o algún tratamiento psicológico para su la depresión (no apenas hablar de medicaciones) la cual haya durado mas que 30 minutos, con algún especialista de salud mental. Cuando hablo de especialista de salud mental me refiero a un psiquiatra, psicólogo, trabajador social, o enfermeras de salud mental. Estas sesiones podrían ser iguales que las en las cuales usted discutió medicaciones, pero deben haber incluido 30 minutos de terapia o de asesoramiento también.

YES .....1  
NO .....2 (B3)

a. ¿En que fecha comenzaron estas terapias? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

**START DATE MAY BE PRIOR TO LAST STUDY VISIT AS LONG AS AT LEAST ONE SESSION HAS OCCURRED SINCE THE LAST STUDY VISIT. IF PARTICIPANT CANNOT REMEMBER THE EXACT MONTH AND DAY, RECORD THE NEAREST MONTH AND ASSIGN "15" FOR THE DAY.**

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

WIHS ID #

**PROMPT: IF PARTICIPANT HAS BEEN ATTENDING COUNSELING OR THERAPY FOR LESS THAN 1 YEAR, ASK QUESTION b. IF SHE HAS ATTENDED FOR ONE YEAR OR MORE, SKIP TO QUESTION c.**

b. ¿Cuántas terapias/sesiones ha usted recibido desde entonces?

|\_|\_|\_|\_| (d)  
# SESSIONS

**PROMPT: IF PARTICIPANT HAS BEEN ATTENDING COUNSELING OR THERAPY FOR ONE YEAR OR MORE, ASK QUESTION c.**

c. En los últimos 12 meses, ¿cuántas terapias/sesiones ha usted recibido?

|\_|\_|\_|\_|  
# SESSIONS

d. ¿Aun esta recibiendo estas terapias/sesiones?

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

B3. TIME MODULE ENDED

|\_|\_| : |\_|\_| AM.....1  
PM .....2