



WIHSID #

A3. ¿En qué país nació su padre biológico?

- UNITED STATES .....1 **(A4)**  
 OTHER .....2

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

A4. ¿Le ha dicho un médico a alguno de sus padres biológicos, o a sus hermanos o hermanas (de padre y madre) que tienen un tipo de cáncer? Incluya familiares vivos o fallecidos.

- YES .....1  
 NO .....2 **(A6)**

a. ¿Quién en su familia ha tenido cáncer? Si ha sido más de uno, por favor, mencione a todos los que lo han tenido.

		<u>YES</u>	<u>NO</u>
i.	FATHER.....1	1	2
ii.	MOTHER.....1	1	2
iii.	BROTHER(S).....1	1	2
iv.	SISTER(S).....1	1	2

A5. FOR EACH FAMILY MEMBER IN QUESTION A4a WHO WAS DIAGNOSED WITH CANCER, ASK THE PARTICIPANT SUBQUESTIONS a THROUGH c. EACH CANCER DIAGNOSIS SHOULD BE RECORDED IN A SEPARATE ROW OF THE TABLE. IF YOU RUN OUT OF ROWS IN WHICH TO RECORD ADDITIONAL DIAGNOSES, XEROX PAGE 3 OF THE FORM TO RECORD MORE.

\_\_\_\_\_ **Start HXs1**

a.	¿Cuál miembro de su familia?	b. ¿Qué tipo de cáncer? <b>(PROBE:</b> A veces el cáncer comienza en un lugar y se riega a otra parte del cuerpo. Por favor, solo dígame el lugar donde primero se vio el cáncer.)	c. La edad de la persona al diagnosticarle el cáncer.  <b>PROMPT: IF UNSURE OF AGE, ASK IF THEY WERE YOUNGER THAN 50 OR OLDER THAN 50 AND THEN READ AGE CATEGORIES AND ASK THEM TO ESTIMATE AS BEST THEY CAN.</b>
i.	FATHER ..... 1 MOTHER ... 2 BROTHER .. 3 SISTER ..... 4	_____	<20..... 1 20 – 29..... 2 30 – 39..... 3 40 – 49..... 4 50 – 59..... 5 ≥ 60..... 6

WIHSID #

--

a.	¿Cuál miembro de su familia?	b. ¿Qué tipo de cáncer?	c. La edad de la persona al diagnosticarle el cáncer.
ii.	FATHER ..... 1 MOTHER ... 2 BROTHER .. 3 SISTER ..... 4	_____	<20..... 1 20 – 29 ..... 2 30 – 39 ..... 3 40 – 49 ..... 4 50 – 59 ..... 5 ≥ 60 ..... 6
iii.	FATHER ..... 1 MOTHER ... 2 BROTHER .. 3 SISTER ..... 4	_____	<20..... 1 20 – 29 ..... 2 30 – 39 ..... 3 40 – 49 ..... 4 50 – 59 ..... 5 ≥ 60 ..... 6

End HXs1

A6. ¿Le han dicho un proveedor de cuidado médico a sus padres o hermanos biológicos, incluyendo vivos y fallecidos, que tiene alguna de las siguientes:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Presión alta .....	1	2 <b>(b)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2
b. Apoplejía .....	1	2 <b>(c)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2
c. Fallo Cardíaco Congestivo (CHF) .....	1	2 <b>(d)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2
d. Colesterol alto .....	1	2 <b>(e)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2

WIHSID #

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
e. Diabetes .....	1	2 <b>(f)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2
f. Un coágulo de sangre que requirió tratamiento .....	1	2 <b>(A7)</b>
i. ¿Quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2

A7. ¿Le ha dicho algun proveedor de cuidado médico a su madre biológica que tiene osteoporosis, es decir, que tiene huesos débiles y quebradizos?

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

A8. ¿Se ha quebrado alguna vez la cadera su madre biológica o padre biológico (de nacimiento)?

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

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
A9. a. ¿Alguna vez le dijo un médico a su madre biológica o a su hermana biológica que ella ha tenido un ataque cardíaco ó angina a los 65 o antes de esto?.....	1	2 <b>(A10)</b>
b. ¿A quien? MOTHER.....	1	2
SISTER(S).....	1	2
A10. a. ¿Alguna vez le dijo un médico a su padre biológico o a su hermano biológico que él ha tenido un ataque cardíaco ó angina a los 55 o antes de esto?.....	1	2 <b>(A11)</b>
b. ¿A quien? FATHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
A11. a. ¿Fueron dichos por un proveedor de asistencia médica, sus padres biológicos o sus hermanos carnales, que tenían enfermedad renal?.....	1	2 <b>(A12)</b>
b. ¿A quien? FATHER.....	1	2
MOTHER.....	1	2
BROTHER(S).....	1	2
SISTER(S).....	1	2
c. ¿Cuántos de sus parientes biológicos tenían enfermedad renal?	__ __	

WIHSID #

- |      |  | <u>YES</u> | <u>NO</u>            |
|------|--|------------|----------------------|
| A12. | a. ¿Eran en diálisis antes sus padres biológicos o hermanos carnales?..... | 1          | 2 <b>(SECTION B)</b> |
|      | b. ¿A quien?   |            |                      |
|      | FATHER.....  | 1          | 2                    |
|      | MOTHER.....  | 1          | 2                    |
|      | BROTHER(S).....  | 1          | 2                    |
|      | SISTER(S).....   | 1          | 2                    |
|      | c. ¿Cuántos de sus parientes biológicos eran en diálisis?                  |            |                      |
|      | __ __  |            |                      |

**SECTION B. PERSONAL MEDICAL HISTORY**

**INTRODUCCION TO PARTICIPANT:** Estas preguntas tratan sobre su historial médico personal.

- B1. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera menstruación? |\_\_|\_\_| YEARS OLD
- B2. ¿Alguna vez le ha dicho un proveedor de cuidado médico que usted tiene...

- |    |  | <u>YES</u> | <u>NO</u>     | i. ¿Qué año fue? |
|----|--|------------|---------------|------------------|
| a. | Un ataque al corazón o un infarto de miocardio? .....                          | 1          | 2 <b>(b)</b>  | __ __ __ __      |
| b. | Fallo cardíaco congestivo o CHF? .....   | 1          | 2 <b>(c)</b>  | __ __ __ __      |
| c. | Apoplejía? .....   | 1          | 2 <b>(d)</b>  | __ __ __ __      |
| d. | Alto nivel de colesterol en la sangre? .....                                   | 1          | 2 <b>(e)</b>  | __ __ __ __      |
| e. | Angina o dolor de pecho relacionado a alguna enfermedad del corazón? .....     | 1          | 2 <b>(f)</b>  | __ __ __ __      |
| f. | Un ataque isquémico transitorio o en inglés TIA o “mini-ataque cerebral”?..... | 1          | 2 <b>(B3)</b> | __ __ __ __      |

- B3. ¿Ha tenido que buscar tratamiento médico para coágulos de sangre en sus piernas?

YES.....1

NO .....2

- B4. ¿Ha tenido que buscar tratamiento médico para coágulos de sangre en sus pulmones?

YES.....1

NO .....2

- B5. ¿Le ha dicho un proveedor de cuidado médico que usted tiene un problema del hígado que no sea hepatitis?

YES.....1

NO .....2 **(SECTION C)**

WIHSID #

¿Cuál fue el problema que tuvo en su hígado?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Cirrhosis.....	1	2
b. Mal funcionamiento del hígado .....	1	2
c. Acumulación de fluídos en el abdomen.....	1	2
d. Ictericia.....	1	2
e. Sangrado de las venas en el esófago .....	1	2
f. Una acumulacion de grasa en el higado .....	1	2
g. Daño al higado a causa del consumo del alcohol .....	1	2
h. Encefalopatia hepatica (confusión o conosimiento disminuido a rais de la enfermedad del higado).....	1	2
i. Otro .....	1	2 (SECTION C)

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

**SECTION C. MEDICATIONS**

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

C1. ¿Ha tomado alguna de los siguientes tratamientos de hormonas (hormonas, estrógeno, progesterona) por más de un mes? Estos tratamientos vienen en forma de píldora, crema, o un parcho colocado 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:** Premarín, Estrace, Estratab, Menest, Ogen, Cenestín, Estraderm, Climera, 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 pildoras anticonceptivas, 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 (C2)

WIHSID #

a. INTERVIEWERS: BASED ON PARTICIPANT RESPONSE IN QUESTION C1, CODE BELOW THE TYPE OF HRT THE PARTICIPANT REPORTED.

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

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

b. ¿Cuál era la razón principal por la cual estuvo tomando el tratamiento de hormonas?

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

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

c. ¿Qué edad tenía cuando tomó tratamientos de hormona por primera vez? |\_\_|\_\_|  
 Por favor, estime lo mejor que pueda. YEARS OLD

C2. TIME MODULE ENDED |\_\_|\_\_| : |\_\_|\_\_| AM .....1  
 PM .....2