

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
FAMILY AND PERSONAL MEDICAL HISTORY (HX)

PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |\_\_|\_|-|\_\_|\_|-|\_\_|\_|\_|\_|\_|-|\_\_|\_|\_|

FORM VERSION 10/01/10

FORM COMPLETED BY |\_\_|\_|\_|\_|

WIHS CORE VISIT |\_\_|\_|\_|

DATE OF INTERVIEW |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|  
M D Y

TIME MODULE BEGAN |\_\_|\_|\_| : |\_\_|\_|\_| AM ..... 1  
PM ..... 2

SECTION A. FAMILY MEDICAL HISTORY

INTRODUCTION TO PARTICIPANT:

La salud y las enfermedades de sus familiares cercanos pueden proveer información importante en cuanto a su salud y su riesgo de contraer alguna enfermedad. Las siguientes preguntas tratan sobre el historial médico de su familia biológica. Su familia biológica incluye a su madre, padre, hermanos, y hermanas. Al decir "hermano" o "hermana," significa que éstos son de ambos padre y madre. Algunas personas que han perdido a sus padres a temprana edad, o que fueron adoptados, no tienen información de su familia biológica.

A1. ¿Sabe usted del historial médico de cualquiera de los miembros de su familia biológica, como, por ejemplo, si tuvieron problemas del corazón o cáncer? Por favor, conteste que "sí" solamente si la enfermedad ocurrió en su familia biológica.

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

PROMPT: IF THE PARTICIPANT HAS KNOWLEDGE OF EVEN ONE MEMBER OF HER BIRTH FAMILY (MOTHER, FATHER, SISTER OR BROTHER), THEN CONTINUE. IF SHE ANSWERS "NO" THAT SHE HAS NO KNOWLEDGE OF ANY MEMBER OF HER BIRTH FAMILY, THEN SKIP TO SECTION B.

A2. ¿En qué país nació su madre biológica?

UNITED STATES ..... 1 (A3)  
OTHER ..... 2

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

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	2
ii.	MOTHER.....	1	2
iii.	BROTHER(S).....	1	2
iv.	SISTER(S).....	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: 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.)</b>	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 #

[Empty box for 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**

**INTRODUCTION 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> | _ _ _ _ _        |

**PROMPT: IF PARTICIPANT RESPONDS “YES” TO ANY OF QUESTIONS B2a THROUGH B2f THAT ARE SHADED IN GRAY, COMPLETE AN ATC FOR EACH EVENT AND OBTAIN MEDICAL RECORD RELEASE. MRA NEED NOT BE COMPLETED AT THIS TIME; DOCUMENTS SHOULD BE PLACED IN THE PARTICIPANT’S FILE IN CASE ABSTRACTION IS TO BE COMPLETED IN THE FUTURE.**

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 <b>(SECTION C)</b>

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

**SECTION C. MEDICATIONS**

**PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4h.**

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, Vívelle-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