

**SPANISH VERSION**

**WOMENS INTERAGENCY HIV STUDY  
INTENSIVE PK STUDY  
FORM PK03: RECENT ILLNESSES, CONCURRENT MEDICATIONS  
AND OB/GYN HISTORY**

**SECTION A: GENERAL INFORMATION**

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE |\_|\_| - |\_|\_|\_| - |\_|\_|\_|\_|\_|\_| - |\_|\_|
- A2. LAST WIHS CORE VISIT #: \_\_ \_
- A3. VERSION DATE: **04 / 01 / 09**
- A4. DATE OF INTERVIEW: \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_  
M D Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS: \_\_ \_\_ \_\_

**INTRODUCTION TO PARTICIPANT:**

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus recent antecedentes médicos. Le voy a hacer una serie de preguntas acerca de los síntomas o infecciones que usted pudiera haber tenido recientemente, y acerca de las medicinas que hubiera tomado.

Finalmente, necesito volver a enfatizar que todas sus respuestas son confidenciales, y lo que Ud. conteste no afectará, en ninguna forma, su cuidado clínico.

**SECTION B: MEDICAL SYMPTOMS AND INFECTIONS**

B1. Primero, le voy a preguntar sobre algunos síntomas medicos. Durante los últimos 30 días, ¿presentó usted alguno de los siguientes síntomas?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Fiebre con una temperatura más alta de 100 grados Fahrenheit (38°C) .....	1	2
b. Ardor o dolor al orinar .....	1	2
c. Diarrea con 3 o más deposiciones blandas o líquidas por día ....	1	2
d. Tos que le haga escupir un esputo verde o amarillo .....	1	2
e. Nariz congestionada o que le chorea, o dolor de garganta .....	1	2
f. Infección de los senos paranasales o sinusitis .....	1	2
g. Llagas o úlceras dentro de la boca o en los labios .....	1	2
h. Llagas o úlceras en o alrededor de la vagina o los glúteos .....	1	2
i. Cualquier otro síntoma médico .....	1	2

**(B2)**

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

WIHS ID #

B2. Durante los últimos 30 días, ¿padeció usted alguna vez de alguna de las siguientes infecciones?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Neumonía, infección de los pulmones.....	1	2
b. Infección de la piel .....	1	2
c. Infección del cerebro/ escán anormal del cerebro .....	1	2
d. Gonorrea o Clamidia .....	1	2
e. Algún otro tipo de infección.....	1	2 (C1)

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

**SECTION C: VACCINATIONS**

C1. Durante los últimos 30 días, ¿le han aplicado alguna vacuna?

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

**SECTION D: MEDICATIONS**

Las preguntas anteriores se referían a eventos que hubieran sucedido durante los últimos **30** días. En la siguiente serie de preguntas, le preguntaré sobre las medicinas o sustancias que usted pudiera haber tomado durante los últimos **cinco** días.

D1. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted alguna medicina para el ácido del estómago o acidez estomacal?

YES .....	1
NO .....	2 (D2)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD A: STOMACH MEDICATIONS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Prilosec (omeprazole).....	1	2
b. Prevacid (lansoprazole) .....	1	2
c. Tagamet (cimetidine) .....	1	2
d. Nexium (esomeprazole) .....	1	2
e. Aciphex (rabeprazole) .....	1	2
f. Protonix (pantoprazole).....	1	2
g. Zantac (ranitidine).....	1	2
h. Pepcid (famotidine) .....	1	2
i. Imodium (loperamide).....	1	2
j. Reglan (metoclopramide).....	1	2

WIHS ID #

D2. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones?

YES ..... 1  
NO ..... 2 (D3)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD B: SEIZURE MEDICATIONS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Tegretol (carbamazepine).....	1	2
b. Dilantin (phenytoin).....	1	2
c. Felbatol (felbamate).....	1	2
d. Mysoline (primidone).....	1	2
e. Topamax (topiramate).....	1	2
f. Mebaral (mephobarbital).....	1	2
g. Phenobarbital (Luminal, Solfoton).....	1	2
h. Cerebyx (fosphenytoin).....	1	2
i. Depakote (valproate, valproic acid, depakene).....	1	2
j. Versed (midazolam).....	1	2

D3. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón?

YES ..... 1  
NO ..... 2 (D4)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD C: HEART AND BLOOD PRESSURE MEDICATIONS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Amiodarone (Cordarone, Pacerone).....	1	2
b. Quinidine (Cardioquin, Quin-Tab, Quinadure, Quinaglute, Quinidex).....	1	2
c. Verapamil (Calan, Verelan, Covera, Isoptin).....	1	2
d. Diltiazem (Cardizem, Cartia, Dilacor, Tiamate, Tiazac)..	1	2
e. Nicardipine (Cardene).....	1	2
f. Nifedipine (Procardia, Adalat).....	1	2
g. Felodipine (Plendil).....	1	2
h. Atenolol (Tenormin).....	1	2

WIHS ID #

D4. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado alguna medicación para colesterol?

YES ..... 1  
NO ..... 2 (D5)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD D: CHOLESTEROL MEDICATIONS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Mevacor (lovastatin).....	1	2
b. Lipitor (atorvastatin).....	1	2
c. Zocor (simvastatin).....	1	2
d. Lescol (fluvastatin).....	1	2
e. Pravachol (pravastatin).....	1	2
f. Lopid (gemfibrozil).....	1	2
g. TriCor (fenofibrate).....	1	2
h. Colestid (colestipol).....	1	2
i. Questran (cholestyramine).....	1	2
j. Welchol (colesevelam).....	1	2
k. Niaspan (niacin).....	1	2
l. Crestor (rosuvastatin).....	1	2

D5. Durante los últimos cinco días, ¿ha tomado usted alguna medicación para la ansiedad, la depresión o los nervios?

YES ..... 1  
NO ..... 2 (D6)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD E: PSYCH MEDICATIONS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Zyprexa (olanzapine).....	1	2
b. Serzone (nefazodone).....	1	2
c. Luvox (fluvoxamine).....	1	2
d. Zoloft (sertraline).....	1	2
e. Celexa (citalopram).....	1	2
f. St. John's Wort (Amber, Goat weed, Hardhay, Klamath weed, Tipton weed).....	1	2
g. Prozac (fluoxetine).....	1	2
h. Effexor (venlafaxine).....	1	2

WIHS ID #

**D6. HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD F: PREDNISONE & TAMOXIFEN.**

Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted una medicina para prevenir el cáncer de mama, llamada Tamosiren?

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

D7. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted Prednisone?

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

D8. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted Decadron (dexamethasone)?

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

**D9. HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD G: FENTANYL & METHADONE**

Durante los últimos cinco días, ¿Usó usted un parche Duragesic (Fentanyl) para el dolor?

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

D10. Durante los últimos cinco días, ¿Usó usted Methadone (Dolophine, Methadose) para el dolor?

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

D11. Durante los últimos cinco días, ¿tomó usted algún antibiótico o antifúngico, o cualquier otra medicina para luchar contra las infecciones bacterianas o fúngicas (de hongos)?

- YES ..... 1
- NO ..... 2 (D12)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD H: ANTIBIOTICS.**

¿Incluyó alguna de las siguientes?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. Erythromycin (E-mycin, Ilosone, Eryc, Erythromycin ethyl succinate or EES).....	1	2
b. Clarithromycin (Biaxin) .....	1	2
c. Azithromycin (Zithromax) .....	1	2
d. Dirithromycin (Dynabac) .....	1	2
e. Norfloxacin (Noroxin).....	1	2

WIHS ID #

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
f. Ciprofloxacin (Cipro).....	1	2
g. Fluconazole (Diflucan).....	1	2
h. Itraconazole (Sporanox).....	1	2
i. Ketoconazole (Nizoral).....	1	2
j. Rifampin (Rifadin).....	1	2
k. Rifabutin (Mycobutin).....	1	2
l. Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ).....	1	2
m. Voriconazole (Vfend).....	1	2
n. Atovaquone (Mepron).....	1	2
o. Mefloquine (Lariam).....	1	2

D12. Durante los últimos cinco días, ¿téngale utilizó alguna contracepción hormonal?

YES..... 1  
 NO..... 2 (D13)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD I: HORMONAL OCNTRACEPTIVES**

¿Incluyó alguna de las siguientes? YES      NO

a. Ortho-Novum (Ethinyl estradiol/norethindrone acetate)?..... 1      2

D13. Durante los últimos cinco días, ¿se sirvió usted:

	<u>YES</u>	<u>NO</u>
a. toronjas (pomelos) o jugo de toronja/pomelo?.....	1	2
b. naranjas o jugo de naranja?.....	1	2
c. vino tinto?.....	1	2

**SECTION E: RECENT OB/GYN HISTORY**

E1. ¿Está Ud. embarazada actualmente?

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

WIHS ID #

E2. ¿Ha pasado usted por la menopausia?

- YES ..... 1 **(END FORM)**
- NO ..... 2
- DON'T KNOW ..... -8

E3. ¿Está usted menstruando actualmente?

- YES.....1
- NO..... 2 **(E5)**

E4. ¿Cuándo fue el primer día de su período/regla actual? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ **(END FORM)**  
M D Y

E5. ¿Cuándo fue el primer día de su periodo/regla más reciente? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

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

E6. ¿Cuántos días duró ese periodo (esa regla)? Por favor, trate de recordar lo mejor que pueda.

--	--	--

  
#DAYS