

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C1.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el lupus:				
DRUG2	a. DISEASE: Lupus.....1	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Lupus.....1	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADFs1

B3. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico del síndrome de Sjogren algún proveedor de atención médica?

YES..... 1 **(b)**
 NO..... 2

a. ¿Alguna vez le ha dicho algún proveedor de atención médica que usted tiene síndrome de Sjogren?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B4)**

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía el síndrome de Sjogren?

_ _	/	_ _	/	_ _
M		D		Y

c. ¿Alguna vez ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para el síndrome de Sjogren?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B4)**

START ADFs1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C2.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el síndrome de Sjogren:				
DRUG1	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	_ _ / _ _ / _ _ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		g. ¿Cuándo?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		i. ¿Cuándo?	_ _ / _ _ / _ _	_ _ / _ _ / _ _

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C2.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar el síndrome de Sjogren:				
DRUG2	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Sjogren's.....2	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B4)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B4)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADFs1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C3.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar EM:				
DRUG2	a. DISEASE: EM.....3	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: EM.....3	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B5)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B5)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADFs1

WIHSID

B5. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de la enfermedad de Graves o niveles altos de la hormona tiroidea algún proveedor de atención médica?

YES..... 1 **(b)**
 NO..... 2

a. ¿Alguna vez le ha dicho algún proveedor de atención médica que usted tiene la enfermedad de Graves o niveles altos de la hormona tiroidea?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B6)**

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía niveles altos de la hormona tiroidea?

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

c. ¿Alguna vez ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para niveles altos de la hormona tiroidea?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B6)**

START ADFs1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C4.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles altos de la hormona tiroidea:				
DRUG1	a. DISEASE: Tiroides alto.....4	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente? _ _ / _ _ / _ _ (f)		
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _ (f)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		g. ¿Cuándo? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _ (h)
		h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		i. ¿Cuándo? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C4. Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles altos de la hormona tiroidea:			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
DRUG2	a. DISEASE: Tiroides alto.....4	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG3)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___
DRUG3	a. DISEASE: Tiroides alto.....4	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente?	___/___/___ (f)	
		e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)?	___/___/___	___/___/___ (f)
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B6)		
		g. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___ (h)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (B6)		
		i. ¿Cuándo?	___/___/___	___/___/___

END ADFs1

WIHSID

B6. Desde su visita de estudio de (MES), ¿le ha dado un nuevo diagnóstico de tiroiditis de Hashimoto o niveles bajos de la hormona tiroidea algún proveedor de atención médica?

YES..... 1 **(b)**
 NO..... 2

a. ¿Alguna vez le ha dicho algún proveedor de atención médica que usted tiene tiroiditis de Hashimoto o niveles de bajos de la hormona tiroidea?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B7)**

b. ¿Cuándo le dijeron por primera vez que usted tenía niveles bajos de la hormona tiroidea?

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

c. ¿Alguna vez ha tomado algún medicamento u otro tratamiento para los niveles bajos de la hormona tiroidea?

YES..... 1
 NO..... 2 **(B7)**

START ADFs1

HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD C5.			i. FECHA DE INICIO (MM/DD/YY)	ii. FECHA DE ABANDONO (MM/DD/YY)
Especifique qué fármacos o tratamientos ha tomado para tratar los niveles bajos de la hormona tiroidea:				
DRUG1	a. DISEASE: Baja de la tiroides.....5	d. ¿Cuándo comenzó a tomar este fármaco (tratamiento) más recientemente? _ _ / _ _ / _ _ (f)		
	b. SPECIFY DRUG/TREATMENT: _____	e. ¿Cuándo fue la última vez que empezó y dejó de tomar este fármaco (tratamiento)? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _ (f)
	c. ¿Está tomando este fármaco en este momento (tratamiento)? YES.....1 NO.....2 (e)	f. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		g. ¿Cuándo? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _ (h)
		h. ¿Comenzó y dejó de tomarlo antes de eso? YES.....1 NO.....2 (DRUG2)		
		i. ¿Cuándo? _ _ / _ _ / _ _		_ _ / _ _ / _ _

