

SPANISH VERSION

WOMEN'S INTERAGENCY HIV STUDY  
FORM 22 MED: MEDICATION HISTORY

SECTION A: GENERAL INFORMATION

- A1. PARTICIPANT ID: ENTER NUMBER HERE ONLY IF ID LABEL IS NOT AVAILABLE   |\_|- |\_|\_| - |\_|\_|\_|\_| - |\_|
- A2. WIHS STUDY VISIT #:   |\_|\_|
- A3. FORM VERSION:   **04/01/15**
- A4. DATE OF INTERVIEW:   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|  
  M                 D                 Y
- A5. INTERVIEWER'S INITIALS:   |\_|\_|\_|
- A6. DATE FORM LAST ADMINISTERED:   |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|  
  M                 D                 Y
- A7. TIME MODULE BEGAN:   |\_|\_| : |\_|\_| AM.....1  
  PM.....2

**INTRODUCTION TO PARTICIPANT:**

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Le haré una serie de preguntas sobre enfermedades, síntomas y medicinas que Ud. haya usado o tomado desde su última visita al estudio en \_\_\_ M \_\_\_ / \_\_\_ D \_\_\_ / \_\_\_ Y \_\_\_.

Si desea tomar una pausa durante la entrevista, simplemente dígamelo.

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. ANTIRETROVIRAL HISTORY**

B1. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha sido vacunada contra el SIDA o participado en una prueba clínica? (Una vacuna contra SIDA puede incluir vacunas que previenen la infección con SIDA o vacunas terapéuticas (aquellas que previenen progresión de la infección.))

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

B2. Ahora le preguntaré sobre cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA que haya tomado desde su última visita al estudio en (MES). Además de las medicinas recetadas, diga otros medicamentos que haya tomado como parte de un estudio, incluyendo estudios en los que no sabe si recibió el medicamento.

- a. Desde su visita al estudio en (MES), ¿ha tomado usted cualquier medicamento para combatir el VIH/SIDA?
  - YES.....1
  - NO.....2 **(B17)**

**START F22MEDS3**

b. ¿Qué medicamentos para combatir el VIH/SIDA ha tomado?

**PROMPT: REVIEW QXQS FOR INSTRUCTIONS ON HOW TO COLLECT ARV DATA.**

**PROMPT: HAND PARTICIPANT ANTIRETROVIRAL PHOTO MEDICATION CARDS.**

**CHECK THE DRUG(S) THE PARTICIPANT HAS TAKEN FOR HIV SINCE HER LAST STUDY VISIT. FOR DRUGS NOT ON THE LIST, RECORD THE NAME UNDER “OTHER” AS STATED BY THE PARTICIPANT AND FILL IN THE CORRESPONDING THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 1.**

**Combination Medications**

- 262 \_\_\_ Atripla (Sustiva + Viread + Emtriva)
- 227 \_\_\_ Combivir (AZT + 3TC)
- 254 \_\_\_ Epzicom (Ziagen + Epivir)
- 240 \_\_\_ Trizivir (abacavir + AZT + 3TC)
- 253 \_\_\_ \***Truvada** (Viread + Emtriva)
- 280 \_\_\_ Complera (FTC + RPV + TDF)
- 287 \_\_\_ Stribild (FTC + Viread + EVG + cobicistat)
- 293 \_\_\_ Triumeq (DTG + ABC + 3TC)
- 295 \_\_\_ Prezcoibix (darunavir + cobicistat)
- 296 \_\_\_ Evotaz (atazanavir + cobicistat)

**Entry Inhibitors**

- 233 \_\_\_ Fuzeon (T-20, enfuvirtide)
- 265 \_\_\_ Selzentry (maraviroc)

**Nucleoside/Nucleotide RTIs**

- 239 \_\_\_ \***Emtriva** (emtricitabine, FTC)
- 204 \_\_\_ \***Epivir** (lamivudine, 3-TC)
- 092 \_\_\_ Retrovir (AZT, zidovudine, ZDV)
- 147 \_\_\_ Videx / Videx EC (didanosine, ddI)
- 234 \_\_\_ \***Viread** (tenofovir)
- 159 \_\_\_ Zerit (stavudine, d4T)
- 218 \_\_\_ Ziagen (abacavir)

**Integrase Inhibitors**

- 264 \_\_\_ Isentress (raltegravir, MK 0518)
- 286 \_\_\_ Tivicay (dolutegravir)
- 284 \_\_\_ Vitekta (elvitegravir)

**Non-Nucleoside RTIs**

- 255 \_\_\_ Intelence (etravirine, TMC 125)
- 194 \_\_\_ Rescriptor (delavirdine)
- 220 \_\_\_ Sustiva (efavirenz)
- 191 \_\_\_ Viramune (nevirapine)
- 276 \_\_\_ Edurant (rilpivirine, TMC 278)

**Protease Inhibitors**

- 238 \_\_\_ Aptivus (tipranavir)
- 212 \_\_\_ Crixivan (indinavir)
- 210 \_\_\_ Invirase (saquinavir)
- 217 \_\_\_ Kaletra (lopinavir + ritonavir)
- 249 \_\_\_ Lexiva (fosamprenavir)
- 211 \_\_\_ Norvir (ritonavir)
- 256 \_\_\_ Prezista (TMC-114, darunavir)
- 243 \_\_\_ Reyataz (atazanavir)
- 216 \_\_\_ Viracept (nelfinavir)

**Other**

- 207 \_\_\_ Droxia or Hydrea (hydroxyurea)
- \_\_\_ Other anti-viral(s) (from Drug List 1)

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| Specify name of “other” antiviral: | → Drug Code:  _ _ _ _ |
| Specify name of “other” antiviral: | → Drug Code:  _ _ _ _ |

**END F22MEDS3**

**PROMPT: IF PARTICIPANT BROUGHT MEDICATION BOTTLES OR LIST TO REPORT ARV USE, PLEASE ASK THE FOLLOWING QUESTION (B2c) AND MAKE SURE ALL MEDICATIONS ARE CHECKED IN QUESTION B2b. IF INTERVIEWER HAS ALREADY REVIEWED PHOTO MED CARDS WITH PARTICIPANT, CIRCLE “3” FOR N/A AND PROCEED TO QUESTION B2d.**

c. ¿Además de las [botellas/lista] que trajo hoy, ha tomado, usted, otros medicamentos antirretroviral, aún por un período de tiempo corto, desde su (MES) visita de estudio?

- YES .....1
- NO .....2
- Not applicable (N/A).....3

**PROMPT: IF B2c=YES, REVIEW PHOTO MEDICATION CARDS WITH PARTICIPANT TO DETERMINE WHICH ADDITIONAL MEDICATIONS SHE HAS USED. REPORT ANY ADDITIONAL MEDICATIONS ABOVE IN QUESTION B2b.**

**PLEASE COMPLETE THE DOSAGE FORM IF PARTICIPANT REPORTS HAVING TAKEN ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT IN QUESTION B2b.**

d. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION B2a: |\_|\_|

B3. FROM VCS AND DSG, HAS PARTICIPANT STARTED ANY ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS SINCE HER LAST STUDY VISIT?

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

a. ¿Esta es la primera vez que ha tomado medicación(es) antirretroviral(es)?

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

B6. ¿Desde (MES) cuando tuvo su última visita de este estudio, ha habido un período de una semana o más en el cual no estabas tomando medicamentos antirretrovirales?

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

B7. a. **En los últimos 30 días**, ¿durante cuántos días faltó de tomarse al menos |\_|\_| a una dosis de sus medicamentos para el VIH? DAYS

b. **HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD DØa.**

**En los últimos 30 días**, ¿qué tan bueno fue su cumplimiento en la toma de los medicamentos para el VIH?

- Muy malo .....1
- Mal .....2
- Regular .....3
- Bueno .....4
- Muy bueno .....5
- Excelente.....6

**c. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD DØb.**

**En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia tomó sus medicamentos para el VIH en la forma en que debía tomarlos?**

- Nunca .....1
- Rara vez .....2
- Algunas veces .....3
- Usualmente .....4
- Casi siempre.....5
- Siempre .....6

**d. HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD DØ.**

**En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia tomó sus antiretrovirales como fueron recetados?**

- 100% del tiempo .....1
- 95-99% del tiempo .....2
- 75-94% del tiempo .....3
- < 75% del tiempo .....4
- Yo no he tomado ninguna de las medicinas recetadas. ....5

**B8. IS PARTICIPANT HIV-POSITIVE OR HIV-NEGATIVE?**

- HIV-POSITIVE .....1 (SECTION C)
- HIV-NEGATIVE.....2

**B11. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿Ha tomado medicación para prevenir una infección de VIH – esto a veces se llama profilaxis previa o posterior a la exposición, PEP o PrEP?**

- YES .....1
- NO.....2 (SECTION C)
- POSIBLEMENTE, DE UN ESTUDIO .....3

**B12. ¿Dónde obtuvo la medicación?**

- De su médico de cabecera o clínica .....1
- Una clínica como una clínica de enfermedades de transmisión sexual o una clínica de salud pública .....2
- Una persona no profesional, como un amigo o una persona en la calle .....3
- Como parte de un estudio .....4
- Otro .....5

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

**B13. ¿Todavía la está tomando?**

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

a. ¿En qué año empezó a tomar esta medicación por primera vez?

B14. ¿Está tomando o empezó a tomar esta medicación después de tener una posible exposición sexual sin protección o inyección de drogas?

- YES .....1 **(B16)**
- NO.....2

B15. ¿Está tomando o empezó a tomar esta medicación por su protección general (sin haber sido motivada por una exposición riesgosa)?

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

B16. ¿Por cuánto tiempo tomó o tomará esta medicación?

- Menos de 1 semana.....1
- 1 a 3 semanas .....2
- 3 a 6 semanas .....3
- Más de 6 semanas .....4

**PROMPT: GO TO SECTION C**

**B17. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D3.**

¿Que es su razón principal de no tomar ninguna medicina o tratamiento antiretroviral? **CIRCLE ONE ANSWER ONLY.**

- Soy VIH negativa.....1
- Mi CD4+ era muy alto/carga viral era muy baja .....2
- Me siento muy saludable .....3
- Estoy tomando medicamentos alternativos.....4
- No quiero efectos secundarios .....5
- Son muy difíciles de tragar .....6
- Mi médico no las recetó .....7
- No tengo como pagarlas/no tengo seguro médico .....8
- Resistencia a la medicina .....9
- Estoy esperando un bebé.....10
- Decisión personal de esperar .....11
- No les sirvieron a mis amigos .....12
- Problemas relacionadas al hígado .....14
- Cualquier otra razón.....13

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

**SECTION C. OI AND OTHER CO-INFECTION MEDICATION HISTORY**

**START F22MEDS4**

**C1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4.**

a. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha inhalado la siguiente medicina?

114 \_\_\_ Pentamidine (en aerosol)

b. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha usted tomado alguno de los siguientes medicamentos inyectado o en infusión?

- 091 \_\_\_ Foscarnet (Foscavir)
- 125 \_\_\_ Ganciclovir (DHPG, Cytovene IV)
- 232 \_\_\_ Nandrolone (Deca-Durabolin)
- 157 \_\_\_ Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos blancos (G-CSF, GM-CSF, Neupogen)
- 117 \_\_\_ Medicamentos para aumentar el conteo de glóbulos rojos (Erythropoietin, Epogen, Procrit, EPO)
- 124 \_\_\_ Amphotericin B (Ampho B)
- 242 \_\_\_ **\*Pegylated interferon** (PEGASYS, PEG-Intron, Peginterferon alfa-2a, Peginterferon alfa-2b)

c. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha tomado alguna de las siguientes medicinas en pastillas, líquidos o pomadas?

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>112 ___ Bactrim (Septra, cotrimoxazole, trimethoprim-sulfamethoxazole, TMP/SMZ)</li> <li>184 ___ Biaxin (Clarithromycin)</li> <li>113 ___ Dapsone</li> <li>116 ___ Diflucan (Fluconazole)</li> <li>213 ___ Famvir (Famciclovir)</li> <li>125 ___ Ganciclovir (Cytovene, valganciclovir, Valcyte)</li> <li>138 ___ INH (Isoniazid)</li> <li>190 ___ Mepron (Atovaquone)</li> <li>540 ___ Metadona</li> <li>705 ___ Methyl-prednisolone (Medrol)</li> <li>229 ___ Monistat (Miconazole)</li> <li>137 ___ Myambutol (Ethambutol)</li> <li>145 ___ Mycelex or Lotrimin (Clotrimazole)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>127 ___ Nizoral (Ketoconazole)</li> <li>144 ___ Nystatin (Mycostatin)</li> <li>228 ___ Oxandrin (Oxandrolone)</li> <li>707 ___ Prednisolone (Prelone)</li> <li>704 ___ Prednisone (Deltasone)</li> <li>182 ___ PZA (Pyrazinamide)</li> <li>235 ___ <b>*Rebetron</b> (Ribavirin &amp; Interferon alfa-2b)</li> <li>093 ___ Rifabutin (Mycobutin)</li> <li>139 ___ Rifadin (Rifampin)</li> <li>169 ___ Sporanox (Itraconazole)</li> <li>230 ___ Terazol (Terconazole)</li> <li>198 ___ Valtrex (Valcyclovir)</li> <li>247 ___ Vfend (voriconazole)</li> <li>152 ___ Zithromax (Azithromycin)</li> <li>146 ___ Zovirax (Acyclovir)</li> </ul> |
|---|---|

i. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** MEDS IN C1a, C1b OR C1c .....1 (SECT. D)  
 PARTICIPANT HAS TAKEN **AT LEAST ONE** MED IN C1a, C1b OR C1c ....2

**END F22MEDS4**

**\* PROMPT: IF PARTICIPANT REPORTS USING ONE OF THE TWO OI PROPHYLAXIS MEDICATIONS MARKED WITH AN ASTERISK (\*) (I.E., PEGYLATED INTERFERON OR REBETRON, ASK “¿Toma [MEDICATION] para tratar la hepatitis (B o C) solamente, para tratar o prevenir otra condición, o bien a ambos tratar la hepatitis y tratar / prevenir otra condición?” IF ONLY FOR OI PROPHYLAXIS, COMPLETE DRUG2 ONLY. IF ONLY FOR HEPATITIS B OR C, COMPLETE DRUG3 ONLY. IF FOR BOTH OI PROPHYLAXIS AND HEPATITIS, COMPLETE BOTH DRUG2 AND DRUG3.**

**PLEASE COMPLETE DRUG FORM 2 FOR EACH MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION C1a – C1c. IF NO MEDICATIONS ARE MARKED, GO TO SECTION D.**

d. ENTER THE TOTAL NUMBER OF NON-ANTIRETROVIRAL MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTIONS C1a, C1b and C1c: |\_|\_|

**SECTION D. HEPATITIS MEDICATION HISTORY**

**START F22MEDS9**

**D1. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4a.**

a. Desde que acudió a su visita para este estudio en (MONTH), ¿ha tomado usted alguna de las siguientes medicinas para la Hepatitis B o C?

- 242 \_\_\_ Pegylated interferon (PEGASYS or Peginterferon alfa-2a)  
(PEG-Intron or Peginterferon alfa-2b)
- 058 \_\_\_ Ribavirin (Virazole, Rebetol, Copegus)
- 235 \_\_\_ Rebetron (Ribavirin and interferon alfa-2b)
- 204 \_\_\_ Epivir (lamivudine, 3-TC)
- 234 \_\_\_ Viread (tenofovir, bis-POC-PMPA)
- 224 \_\_\_ Hespera (adefovir, Preveon, bis-POM PMPA, GS 840)
- 239 \_\_\_ Emtriva (emtricitabine, Coviracil, FTC)
- 253 \_\_\_ Truvada (Ziagen + Epivir)
- 709 \_\_\_ Baraclude (entecavir, BMS-200475)
- 710 \_\_\_ Tyzeka (telbivudine)
- 713 \_\_\_ Victrelis (boceprevir)
- 714 \_\_\_ Incivek (telaprevir)
- 715 \_\_\_ Olysio (simeprevir)
- 716 \_\_\_ Sovaldi (sofosbuvir)
- 717 \_\_\_ Harvoni (ledipasvir + sofosbuvir)
- 718 \_\_\_ Viekira Pak (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir tablets + dasabuvir tablets)
- 719 \_\_\_ Daclatasvir

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| Specify name of "other" antiviral: | → Drug Code:  _ _ _ |
| Specify name of "other" antiviral: | → Drug Code:  _ _ _ |

b. PARTICIPANT HAS **NOT TAKEN ANY** MEDS IN D1a.....1 (SECT. E)  
 PARTICIPANT HAS TAKEN **AT LEAST ONE** MED IN D1a.....2

**END F22MEDS9**

**PLEASE COMPLETE DRUG FORM 3 FOR EACH MEDICATION MARKED ABOVE IN QUESTION D1a.**

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF HEPATITIS MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION D1a: |\_|\_|

**SECTION E. OTHER PRESCRIPTION MEDICATION USE**

**E11. PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D4h.**

¿Desde su última visita en (MONTH), ha tomado algún tratamiento para reemplazar hormonas (hormonas, estrógeno, progesterona) por más de un mes? Estos tratamientos vienen en forma de píldora, crema o parcho 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:** Premarin, Estrace, Estratab, Menest, Ogen, Cenestín, Estraderm, Climara, 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 píldoras anticonceptivas, Norplant, 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 **(E12a)**

a. INTERVIEWERS: BASED ON PARTICIPANT RESPONSE IN E11, CODE BELOW THE TYPE OF HRT THE PARTICIPANT REPORTED ABOVE:

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

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

E12a. Desde su última visita de este estudio en (MES), ¿ha tomado alguna medicación para la presión arterial o para el corazón, (como Amiodarone, Quinidine, Verapamil, hydrochlorothiazide, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4b. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12b. (Desde su última visita de este estudio (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de colesterol, los triglicéridos o los lípidos de la sangre, (como Lipitor, Pravachol, Zocor, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARDS D4c. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12c. (Desde su última visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para bajar el nivel de azúcar en la sangre, como inyecciones de insulina o cualquier medicación oral? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4d. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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



E12d. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para prevenir o tratar la osteoporosis o de fractura, como bifosfonatos [alendronate (Fosamax), risedronate (Actonel, Atelvia), zoledronic acid (Reclast), ibandronate (Boniva)], estrógeno, raloxifene (Evista), teriparatide (Forteo), denosumab (Prolia), o calcitonin (Fortical, Miacalcin)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4e. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12e. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para convulsiones, (como Tegretol, Dilantin, Phenobarbital, Depakote, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4f. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12f. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para condiciones psicológicas o depresión, (como Zyprexa, Zoloft, Celexa, etc.)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4g. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12g. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para la lipodistrofia causada por VIH o cambios en la acumulación de gordura relacionada al VIH, como hormonas de crecimiento of esteroides? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4i. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12h. (Desde su ultima visita de este estudio en (MES)), ¿ha tomado alguna medicación para respirar o para problemas en los pulmones, (como Singularir, monteleukast, Accolate, zafirlukast, Zyflo, zileutin, Theodur, theophylline, Slo-phyllin, Slo-bid, Aerolate, o albuterol)? **SHOW PARTICIPANT RESPONSE CARD D4k. IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E12i. Desde su ultima visita de este estudio en (MES) ¿ha tomado Ud. alguna otra medicina que se le haya **recetado**, que **no** hayamos mencionado antes? **IF “YES,” RECORD MEDICATION IN QUESTION E13a.**

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

E13. ENTER THE TOTAL NUMBER OF OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS RECORDED IN THE F22MEDs6 SECTION:

**PROMPT: ALL COMPLEMENTARY/ALTERNATIVE THERAPIES (E.G., CALCIUM AND VITAMIN D) SHOULD BE REPORTED IN SECTION F, REGARDLESS OF WHETHER THEY ARE PRESCRIBED.**

**PROMPT: IF E13 = 0, SKIP TO SECTION F. IF E13 ≥ 1, LIST MEDICATIONS IN COLUMN “a” AND COMPLETE COLUMNS “b” AND “c” FOR EACH MEDICATION.**

**PROMPT: PHOTOCOPY THIS PAGE AND INSERT IF PARTICIPANT REPORTS USING MORE THAN 10 OTHER PRESCRIPTION MEDICATIONS.**

**START F22MEDS6**

| a. Specify Drug Name | b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días?<br><b>YES    NO</b> | c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.   |
|----------------------|--|--|
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |
| Name of drug:        | 1      2   | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: |

| a. Specify Drug Name | b. ¿Ha tomado éstas en los últimos 5 días?<br><b>YES NO</b> | c. INTERVIEWER, RECORD HERE HOW USE OF THIS MEDICATION WAS REPORTED.   |
|----------------------|---|--|
| Name of drug:        | 1      2  | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: _____ |
| Name of drug:        | 1      2  | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: _____ |
| Name of drug:        | 1      2  | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: _____ |
| Name of drug:        | 1      2  | Self report ..... 1<br>Participant brought written list to visit..... 2<br>Participant brought medication bottles to visit..... 3<br>Participant brought pharmacy record to visit..... 4<br>Record obtained directly from pharmacy..... 5<br>Other ..... 6<br>SPECIFY: _____ |

**END F22MEDS6**

**SECTION F. ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATION USE**

F1. Además de medicaciones regulares, estamos interesados en obtener información sobre terapias complementarias y alternativas.

**PROMPT: HAND PARTICIPANT RESPONSE CARD D5.**

- a. Desde su ultima visita de este estudio en (MES), ¿ha usado alguna medicina complementaria o alternative, esto incluye medicinas que haya tomado oralmente como una pastilla o líquido, o que haya aplicado a su piel, o que haya insertado en su recto o vagina? Por favor incluya cualquier terapia enzimática, remedios caseros, remedios homeopáticos y suplementos nutricionales, tales como vitaminas o minerales que haya tomado. No incluya preperaciones comerciales de infuciones de té (i.e. bolsa de té), pero por favor incluya remedios de té hecho de hierbas frescas.

YES ..... 1  
 NO..... 2 **(GO TO G3)**

b. Please name those complementary and alternative medications that you have taken.

**PROMPT: CIRCLE THE DRUG CODE FOR CAM NAMED. SPECIFY THOSE NOT LISTED UNDER “OTHER” AND FILL IN THE THREE-DIGIT DRUG CODE FROM DRUG LIST 3.**

**START F22MEDS5**

| Treatments |   | i. Frecuencia de uso           |                    | ii. Actualmente tomando |    |
|------------|---|--------------------------------|--------------------|-------------------------|----|
|            |   | diariamente o casi diariamente | solo con necesidad | YES                     | NO |
| 602        | Acidófilos  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 607        | Complejo B  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 608        | Vitamina B (B1 Tiamina, B2 Riboflavina, B5 Acido Pantoténico, B6 Piridoxina, B12) | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 612        | Vitamina C (Rosehips)   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 646        | Calcio  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 615        | Combinación de hierbas orientales   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 196        | Coenzima Q-10   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 657        | Vitamina D  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 619        | Vitamina E  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 620        | Equinácea (con o sin Goldenseal)  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 623        | Acido Fólico  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 624        | Ajo   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 652        | Glucosamina / Condroitina   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 641        | Hierro  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 630        | Vitaminas Multi- o Prenatales / Minerales   | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 633        | Acidos grasos Omega-3, aceite de pescado  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 640        | Cinc  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| 167        | St. John’s Wort (hypericum perforatum)  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| □□□        | Specify:  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| □□□        | Specify:  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| □□□        | Specify:  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |
| □□□        | Specify:  | 1                              | 2                  | 1                       | 2  |

**END F22MEDS5**

c. ENTER THE TOTAL NUMBER OF ALTERNATIVE/COMPLEMENTARY MEDICATIONS THE PARTICIPANT REPORTED TAKING IN QUESTION F1b:

□
□
□

G3. TIME MODULE ENDED:

□
□
:
□
□

AM ..... 1  
PM ..... 2