



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

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

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

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 (atrovastatin).....	1	2
c. Zocor (Simvastatin).....	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 (Citalpram).....	1	2
f. St. John's Wort (Amber, Goat weed, Hardhay, Klamath weed, Tipton weed).....	1	2

**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, ¿Usó usted un parche Duragesic (Fentanyl) para el dolor?

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

WIHS ID #

D9. 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 (D10)

**HAND PARTICIPANT PK MEDICATION CARD G: 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
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

D10. 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

E2. ¿Ha pasado usted por la menopausia?

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

WIHS ID #

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