

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis  
Follow-up Phone call 6**



**Specific Medical Conditions**

Affix ID Label Here

**Date:**

/   /

Month

Day

Year

**Complete form for each condition reported as Yes on the "General Health" form or "General Health-Death" form. If the participant has died, change 'you' or 'your' to decedent's name for all questions below.**

Usted dijo que un médico u otro profesional de salud le ha dicho que usted tuvo \_\_\_\_\_ [read and mark specific condition name reported previously below]

- Infarto del miocardio o ataque al corazón
- Angina de pecho o dolor en el pecho causado por un problema del corazón
- Insuficiencia cardiaca o insuficiencia cardiaca congestiva
- Enfermedad vascular periférica, claudicación intermitente o dolor en las piernas debido a una obstrucción arterial
- Fibrilación atrial o auricular
- Trombosis de vena profunda o coágulos de sangre en las piernas
- Ataque isquémico transitorio (TIA) o una embolia o derrame cerebral (stroke) pequeño
- Derrame cerebral (stroke) →
- Obstrucción de la arteria carótida
- Anormalidad o nódulo del pulmón
- Cáncer, especifique qué tipo:

¿Piensa que se ha recuperado completamente de los síntomas que tuvo por el derrame cerebral?

- Sí     No     No está seguro

Durante las últimas dos semanas, ¿necesitó Ud. que otras personas le ayudaran con sus quehaceres diarios?

- Sí     No     No está seguro

**A.** ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que le atendió?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**B.** ¿En qué fecha fue el diagnóstico o la hospitalización?  
(Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15.)

/   /

Month

Day

Year

**C.** Desde nuestra última entrevista telefónica con ud. en \_\_\_\_\_, ¿estuvo hospitalizado al menos una noche por este problema?

Sí



(Continue to part **D** on next page.)

No

No está seguro

**Ask about next condition reported on "General Health" or "General Health-Death" form, and record details on an additional form. If there are no additional conditions, go to next question on "General Health" form.**

**D.** Por favor, ¿me puede decir las fechas y los lugares donde estuvo hospitalizado?  
 (Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15.)

	<b>Fecha</b>	<b>Código del Hospital</b>	<b>Período de Hospitalización (días)</b>																											
(1)	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año						<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
		/			/																									
Mes		Día		Año																										
(2)	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año						<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
		/			/																									
Mes		Día		Año																										
(3)	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año						<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
		/			/																									
Mes		Día		Año																										
(4)	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año						<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
		/			/																									
Mes		Día		Año																										
(5)	<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 10px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Día</td> <td colspan="6" style="text-align: center;">Año</td> </tr> </table>			/			/					Mes		Día		Año						<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>					<table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			
		/			/																									
Mes		Día		Año																										

Ask about the next condition reported as 'Yes' on "General Health" or "General Health-Death" form and record details on an additional form. If no additional conditions are reported as 'Yes', go to next question on the form.

For MESA Field Center use only:

Interviewer ID : 



 Reviewer ID : 



 Data Entry ID :