

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis  
Follow-up Phone call 4**



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

- Un 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 pequeño
- Una apoplejía, derrame cerebral, embolia, o accidente cerebrovascular
- Obstrucción de la arteria carótida
- Anormalidad del pulmón o nódulo
- Cáncer, especifique qué tipo:

¿Piensa que se ha recuperado completamente de los síntomas que tuvo por la embolia o apoplejía?

- Sí     No     No está seguro

Durante las últimas dos semanas, ¿necesitó Ud. que otras personas le asistieran 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)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	/ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	<b>Mes</b>	<b>Día</b>		

		<b>Fecha</b>	<b>Código del Hospital</b>	<b>Período de Hospitalización (días)</b>
(2)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	/ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	<b>Mes</b>	<b>Día</b>		

		<b>Fecha</b>	<b>Código del Hospital</b>	<b>Período de Hospitalización (días)</b>
(3)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	/ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	<b>Mes</b>	<b>Día</b>		

		<b>Fecha</b>	<b>Código del Hospital</b>	<b>Período de Hospitalización (días)</b>
(4)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	/ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	<b>Mes</b>	<b>Día</b>		

		<b>Fecha</b>	<b>Código del Hospital</b>	<b>Período de Hospitalización (días)</b>
(5)	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	/ <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> / <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 25px;" type="text"/>
	<b>Mes</b>	<b>Día</b>		

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 :	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Reviewer ID :	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>	Data Entry ID :	<input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/>
------------------	---	---------------	---	-----------------	---