



Exam 6
Home Visit:
Medical History
Interviewer Administered

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

A continuación le hacemos algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Por favor responda lo mejor que pueda.

1. En general, usted diría que su salud es:

- ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

2. ¿Cómo diría que es su estado de salud comparado con el de otras personas de su edad?

- ☐ Mejor ☐ Igual ☐ Peor

Las siguientes dos preguntas se refieren a las actividades que usted puede hacer durante un día típico. ¿Le limita su salud actual realizar estas actividades? Si es sí, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita para nada
3. ACTIVIDADES MODERADAS, como mover una mesa, empujar la aspiradora, jugar a los bolos o al golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Subir VARIOS tramos de escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades habituales A CONSECUENCIA DE SU SALUD FÍSICA?

	Sí	No
5. LOGRÓ MENOS de lo que le gustaría:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Se vio limitado en EL TIPO de trabajo u otras actividades:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿estuvo limitado en el tipo de trabajo que hace u otras actividades regulares A CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Sí	No
7. LOGRÓ MENOS de lo que le gustaría	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. No realizó su trabajo ni otras actividades TAN CUIDADOSAMENTE como suele hacerlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	En lo absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
9. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuánto ha interferido el DOLOR en su trabajo normal (tanto en el trabajo fuera de la casa como en las tareas domésticas)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

Las siguientes tres preguntas son acerca de cómo se siente y cómo han estado las cosas DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Para cada pregunta, por favor, dé una respuesta que se aproxime más a la forma en que se siente. Cuánto tiempo durante las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastante tiempo	Algunas veces	Poco tiempo	En ningún momento
10. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Tenía mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuánto tiempo ha interferido su ESTADO DE SALUD FÍSICA O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES en sus actividades sociales (como visitar a familiares, amigos, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All Rights Reserved SF-12® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust

14. ¿No puede caminar debido a una afección aparte de la falta de aire?

☐ Sí ☐ No



¿Cuál es la naturaleza de la afección?

	Sí	No	No sabe
15. ¿Tiene falta de aire cuando camina apurado en un terreno llano o sube una loma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Camina más despacio que las personas de su misma edad sobre un terreno llano porque le falta el aire o tiene que parar para respirar cuando camina a su propio paso sobre un terreno llano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Se detiene para respirar después de caminar aproximadamente 100 yardas o después de caminar unos pocos minutos sobre terreno llano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Experimenta mucha falta de aire para salir de la casa o tiene falta de aire cuando se viste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EN CASO AFIRMATIVO:



a. ¿Cuántos días por semana?



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

20. ¿Tiene usualmente tos casi todos los días durante 3 meses o más en el año?

☐ Sí → ¿Por cuántos años ha tenido esta tos?

años

☐ No

21. ¿Elimina usualmente flema del pecho casi todos los días durante 3 meses o más en el año?

☐ Sí → ¿Por cuántos años ha eliminado flema del pecho de esta manera?

años

☐ No

22. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido respiración jadeante o silbidos de pecho?

☐ Sí

☐ No → Skip to Q23

a. En los últimos 12 meses, ¿Con cuánta frecuencia ha tenido respiración jadeante o silbidos en el pecho?

☐ casi todos los días o noches

☐ algunos días o noches al mes

☐ algunos días o noches a la semana

☐ algunos días o noches al año

b. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un ataque de respiración jadeante o silbidos de pecho que le hizo sentir que le faltó la respiración?

☐ Sí

☐ No

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algunas de las afecciones siguientes?

Note: Skip any of 23-30 if previously reported

Sí

No

No Sabe

23. Diabetes?

☐

☐

☐

If Yes → a. ¿Está actualmente usando medicinas para su diabetes?

☐ Sí →

☐ No

☐ No está seguro

¿Qué clase de medicina está usando para su diabetes?

☐ Pastillas

☐ Insulina y pastillas

☐ Insulina

☐ Otra Inyección



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algunas de las afecciones siguientes?

Note: Skip any of 23-30 if previously reported

	Sí	No	No Sabe
24. ¿Presión arterial alta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Colesterol alto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Enfisema o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Asthma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes →

a. En algunas personas los síntomas de asma desaparecen completamente con la edad. Sin embargo, con los años es posible que el asma recurra. ¿A qué edad proximadamente tuvo usted alguna de las situaciones que se describen a continuación?

Edad a la que desarrolló los primeros síntomas de asma	<input type="text"/> <input type="text"/> años	<input type="radio"/> De niño (edad desconocida)	<input type="radio"/> No lo sé
Edad a la que su médico le diagnosticó de asma	<input type="text"/> <input type="text"/> años	<input type="radio"/> Nunca fue diagnosticado por un médico	<input type="radio"/> No lo sé
Edad a la que comenzó un período de 10 años (o más) sin síntomas de asma	<input type="text"/> <input type="text"/> años	<input type="radio"/> No corresponde (los síntomas nunca desaparecieron por 10 o más años)	<input type="radio"/> No lo sé
Edad en la que le recurrieron los síntomas de asma por primera vez	<input type="text"/> <input type="text"/> años	<input type="radio"/> No corresponde	<input type="radio"/> No lo sé

	Sí	No	No Sabe
28. ¿Fibrilación auricular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. ¿Enfermedad renal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes →

a. ¿Ha presentado insuficiencia renal, requiriendo diálisis o trasplante?

☐ Sí ☐ No



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algunas de las afecciones siguientes?

Note: Skip any of 23-30 if previously reported

Sí No No Sabe

30. ¿Le ha dicho alguna vez su médico o su proveedor de cuidado de salud que usted tuvo un cálculo (piedra) en los riñones?

☐ ☐ ☐

If Yes



a. ¿Qué edad tenía cuando presentó el primer episodio de cálculos? edad

b. ¿Cuántos cálculos renales ha tenido en el pasado?

☐ Nunca ☐ 1 ☐ 2-5 ☐ más de 5

If No



go to Question 32

Sí No No Sabe

31. ¿Expulsó algún cálculo renal desde su última visita a MESA?

☐ ☐ ☐

If Yes



a. ¿Cuántos cálculos expulsó?

☐ 1 ☐ 2 - 5 ☐ más de 5

Sí No No Sabe

32. ¿Ha tenido alguna vez familiares de primer grado (madre, padre, hermanos, hijos) un cálculo renal?

☐ ☐ ☐

33. ¿Le ha dicho alguna vez un dentista que tenía periodontitis o que tenía una pérdida de hueso alrededor de los dientes?

☐ ☐ ☐

34. ¿Le ha dicho alguna vez un dentista que tenía enfermedad de las encías?

☐ ☐ ☐

35. *For participants with history of pacemaker or implanted cardioverter defibrillator based on prior event investigation (skip if answered at FU18):*

a. Basado en sus entrevistas previas en MESA, veo que ha tenido un [marcapasos u otro dispositivo de investigación] implantado en el mes/día/año [CC inserts date of insertion based on event investigation]. ¿Es eso correcto? ¿Tiene aún el dispositivo implantado?

☐ Sí ☐ No ☐ No Sabe

For participants without history of device:

b. ¿Tiene implantado un marcapasos cardíaco o un desfibrilador cardioversor (ICD, por sus siglas en inglés)?

☐ Sí ☐ No ☐ No Sabe



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

(Q35 continued)

If yes to a or b:

c. ¿Es un marcapasos cardíaco o un desfibrilador cardioversor?

- ☐ marcapasos cardíaco ☐ desfibrilador cardioversor

d. ¿Qué médico visita para la evaluación regular de ese dispositivo?

Nombre: Ciudad, estado:

Reproductive History (WOMEN ONLY -- MEN are finished with this questionnaire.)

36. Entre las edades de 16 y 40, ¿cuál fue la duración de su ciclo menstrual promedio (desde el primer día de un período al primer día del siguiente período)?

- ☐ menos de 25 días
☐ 25-43 días
☐ 35-60 días
☐ Más de 60 días
☐ Totalmente variable

37. ¿Ha tenido alguna vez sofocos o sudores nocturnos relacionados con la menopausia?

	Sí	No	No Sabe
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes →

a. ¿A qué edad comenzaron los sofocos o los sudores nocturnos?

☐ No Sabe

b. ¿A qué edad acabaron los sofocos o los sudores nocturnos?

- ☐ Aún continúan
☐ No Sabe

c. ¿Fueron los síntomas

- ☐ Leves (los síntomas no interfirieron en las actividades usuales)
☐ Moderados (los síntomas interfirieron de alguna forma en las actividades usuales)
☐ Intensos (los síntomas fueron tan molestos que no se pudieron llevar a cabo las actividades usuales)?

38. ¿A qué edad tuvo la menopausia (cambio de vida)?

(skip if previously reported)

39. ¿Tuvo la menopausia de manera natural o fue resultado de la cirugía (histerectomía o extirpación de ambos ovarios)?

- ☐ Natural
☐ Resultado de la cirugía
☐ No lo sé



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

If participant has previously reported removal of both ovaries -- skip to question 40c

40. ¿Ha tenido una operación para quitar los ovarios?

Sí
☐
No
☐
No sabe
☐

↓ ↓

Go to Q41 Go to Q41

a. ¿A qué edad?

☐ No sabe

b. ¿Cuántos ovarios le quitaron?

☐ 1 ☐ 2

c. ¿Cuál fue la razón para la extirpación de sus ovarios? (marque todo lo que corresponda)

☐ Quiste ovárico

☐ Cáncer de ovario

☐ Tumor no canceroso

☐ Historial familiar de cáncer de ovario o de cáncer de mama

☐ Extirpados al mismo tiempo que la histerectomía

☐ Extirpados al mismo tiempo que una ligadura de trompas para prevenir el embarazo

☐ Endometriosis

☐ No lo sé

☐ Otra, por favor, especifique

d. ¿Tenía aún los períodos menstruales en el momento de la cirugía?

Sí
☐ No
☐ No sabe
☐

If No →

¿Cuánto tiempo antes de la cirugía se había interrumpido su período (menstruación)?

☐ meses
☐ años ☐ No sabe

If participant has previously reported hysterectomy -- skip to question 41b

41. ¿Ha tenido una histerectomía (operación para quitar el útero)?

Sí
☐ No
☐ No Sabe
☐

↓ ↓

Go to Q42 Go to Q42

a. ¿A qué edad?

☐ No sabe

b. ¿Cuál fue la razón para la extirpación de su útero? (marque todo lo que corresponda)

☐ Fibromas

☐ Cáncer de endometrio (uterino)

☐ Sangrado intenso

☐ Embarazo/complicación del parto

☐ Cáncer del cuello del útero

☐ Prolapso

☐ Endometriosis

☐ Historial familiar de cáncer de ovario o de cáncer endometrial

☐ No lo sé

☐ Otra, por favor, especifique

c. ¿Estaba aún teniendo períodos menstruales en el momento de la cirugía?

Sí
☐ No
☐ No Sabe
☐

If No →

¿Cuánto tiempo antes de la cirugía se había interrumpido su período (menstruación)?

☐ meses
☐ años ☐ No sabe



Exam 6

Home Visit: Medical History

Interviewer Administered

42. ¿Ha tomado alguna vez píldoras para el control de la natalidad?

- ☐ Sí —————> ¿A qué edad dejó de tomar las píldoras para el control de la natalidad? ☐ No sabe
- ☐ No

43. Desde su última visita a MESA, ¿ha tenido un tratamiento de reemplazo hormonal?

- ☐ No —————> **Questionnaire Completed**

- ☐ Sí —————> a. ¿Está utilizando la terapia de reemplazo hormonal actualmente?

- ☐ Sí —————> ¿A qué edad comenzó? ☐ No sabe

- ☐ No —————> ¿A qué edad tomó hormonas?

Edad a la que comenzó ☐ No sabe

Edad a la que dejó de tomarlas ☐ No sabe

b. ¿Qué tipo de hormonas tomaba?

- ☐ Sólo estrógeno (como Premarin o Estratab)
- ☐ Estrógeno con progestina (como Prempro)
- ☐ Otro tipo de terapia de reemplazo hormonal

Especifique:

- ☐ No sabe