Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis

Exam 5

Medicamentos

Interviewer Administered

Participant Id#:

Acrostic:

Date: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Sección A Recibo de medicamentos

Como usted sabe, el estudio MESA describirá todos los medicamentos que los participantes estén utilizando, sean con o sin receta médica. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, gotas para los ojos, cremas, bálsamos, inhaladores e inyecciones y también medicamentos para el catarro o para alergias, vitaminas, hierbas medicinales y otros suplementos. La carta que recibió antes de esta cita incluía una bolsa de plástico para poner todos los medicamentos que esté tomando en la actualidad. ¿Ha traído esta bolsa con usted? ¿Son éstos todos los medicamentos que ha tomado durante las últimas dos semanas?

○ **SÍ** → ¿Puede mostrármelos? *Continue with Section B*

○ **NO** → *Make arrangements to obtain*

○ **REHUSA** → *Record reason for refusal in Comments Section*

○ **NO TOMÓ NINGÚN MEDICAMENTO** ~~GO~~ → *to end of form*

Section B Prescription Medications

1 *Copy the name of the medicine, the strength **(include units)**, and the total number of doses prescribed per day/week/month. Include all pills, skin patches, eye drops, creams, salves, injections, and inhalers (puffers).*

2 En promedio, durante las últimas dos semanas, ¿cuántas pastillas tomó por día/semana/mes?

Medication Name *Print the first 20 letters only - Please print clearly*	**Strength(mg, IU, etc.)** *Write the decimal as one of the digits*	**Number Prescribed** *Circle: Day, Week, Month*	**PRN Medicine?**	
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M
		___ D W M	___ Y N	___ D W M

Number unable to transcribe: ☐☐

Section C Over-the-Counter Medications

3 *Copy the name of the medicine, the strength **(include units)**, and the total number of doses per day/week/ month. Include all pills, liquid medications, eye drops, creams, salves, inhalers (puffers), and supplements.*

2 En promedio, durante las últimas dos semanas, ¿cuántas pastillas tomó por día/semana/mes?

Medication Name *Print the first 20 letters only - Please print clearly*	**Strength(mg, IU, etc.)** *Write the decimal as one of the digits*	
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M
		___ D W M

Number unable to transcribe: ☐☐

Comments:

For MESA Field Center Use Only:

Interviewer ID: ☐☐☐ Reviewer ID: ☐☐☐ Data Entry ID: ☐☐☐

DO NOT SCAN

5637284162