

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
Exam 5**



**Antecedentes Médicos
Interviewer Administered**

Participant Id#:

Acrostic:

Tech ID#:

--	--	--

Date:

--	--

Month

--	--

Day

--	--	--	--

Year

A continuación le hacemos algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Las preguntas se refieren a lo que ha acontecido desde su última visita de MESA el día_____. Por favor responda lo mejor que pueda.

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

- ☐ Mejor
- ☐ Igual
- ☐ Peor

2 Cuando camina en un terreno plano, ¿se siente sin aliento más que otras personas de su misma edad?

Sí

☐

No

☐

No sabe

☐

3 Cuando camina subiendo cuevas o escaleras, ¿se siente sin aliento más que otras personas de su misma edad?

☐☐☐

4 ¿Hay veces en las que tiene que dejar de caminar por sentirse sin aliento?

☐☐☐

5 ¿Alguna vez siente dolor en las piernas o los glúteos mientras camina?

Sí

☐

No

☐


Go to Q6

EN CASO AFIRMATIVO:

a. ¿El dolor comienza mientras está de pie sin moverse o sentado?

☐
☐

b. En qué parte de la pierna o glúteo siente el dolor?

☐ El dolor incluye la /las /pantorrilla/s

☐ El dolor no incluye la /las pantorrilla/s

Sí

☐

No

☐

c. ¿Siente el dolor cuando sube cuestras o camina de prisa?

☐
☐

d. ¿Siente el dolor cuando camina a un ritmo normal en terreno plano?

☐
☐

e. ¿Alguna vez desaparece el dolor mientras camina?

☐
☐

f. ¿Qué hace si siente el dolor mientras camina?

☐ Se detiene o camina despacio

☐ Sigue caminando

g. ¿Qué ocurre con el dolor si deja de caminar?

☐ Se alivia

☐ No se alivia



¿En cuánto?

☐ 10 minutos o menos

☐ Más de 10 minutos

h. ¿Este dolor predomina del lado derecho, izquierdo o ambas piernas?

☐ Lado derecho

☐ Lado izquierdo

☐ Ambas piernas

6 ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular?

Sí

☐

No

☐

No sabe

☐

EN CASO AFIRMATIVO: → a. ¿Cuántos días a la semana?

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

- ☐ Sí
☐ No



¿Por cuántos años ha tenido esta tos?

--	--

años

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

- ☐ Sí
☐ No



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

--	--

años

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

- ☐ Sí ☐ No → **Skip to question 10**

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

- (Read the options)
- ☐ casi todos los días o noches
 - ☐ algunos días o noches a la semana
 - ☐ algunos días o noches al mes
 - ☐ 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

10 En las últimas dos semanas, ¿ha padecido alguno de los siguientes síntomas?

	Sí	No	No sabe
a. Fiebre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Resfriado, catarro o dolor de garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Infección de vías urinarias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Alergias estacionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Bronquitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Infección sinusal o sinusitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Neumonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Sangrado en las encías mientras se cepilla los dientes o utiliza hilo dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Infección en los dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Ataque de gota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Ataque de artritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Le ha dicho un médico que padece alguna de las siguientes enfermedades desde su última visita de MESA el día _____ [la misma fecha anterior?] :

- | | Sí | No | No Sabe |
|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 11 Diabetes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Sí →
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> No Sabe | ¿Qué clase de medicina está usando para su diabetes? |
| | <input type="radio"/> Pastillas |
| | <input type="radio"/> Insulina |
| | <input type="radio"/> Insulina y pastillas |
| | <input type="radio"/> Otra Inyección |

- | | Sí | No | No Sabe |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 12 Enfisema o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 Asma? | <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 |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14 ¿Problemas con el hígado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

If Yes → a. ¿Tiene insuficiencia hepática?

- ☐ Sí ☐ No

- | | Sí | No | No Sabe |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15 ¿Enfermedad renal? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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

- ☐ Sí ☐ No

- 16 ¿Le ha dicho alguna vez su médico o su proveedor de cuidado de salud que usted tuvo un cálculo (piedra) en los riñones?
- Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐

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

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

- ☐ nunca ☐ 2 - 5
☐ 1 ☐ más de 5

- 17 ¿Ha tenido alguna vez familiares de primer grado (madre, padre, hermanos, hijos) un cálculo renal?
- Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐

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

If post-menopausal, skip to question 21

If participant has previously reported removal of both ovaries -- skip to question 19

- 18 ¿Ha tenido una operación para quitar los ovarios?
- Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐

If Yes → a. ¿A qué edad?

b. ¿Cuántos ovarios le quitaron?

- ☐ 1 ☐ 2 → *If both ovaries removed, Skip to question 21*

If participant has previously reported hysterectomy -- skip to question 20

- 19 ¿Ha tenido una histerectomía (operación para quitar el útero)?
- Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐

If Yes → a. ¿A qué edad?

Skip to question 21

If participant previously reported going through menopause - skip to question 21

- 20 ¿Ha tenido menstruación durante los últimos 12 meses?
- Sí ☐ No ☐ No Sabe ☐

If Yes → a. ¿Cuántas menstruaciones ha tenido en los últimos 12 meses?

Skip to question 21

21 Desde su última entrevista telefónica, ¿ha utilizado la terapia de reemplazo hormonal?

☐ No → **Questionnaire Completed**

☐ Sí → a. ¿Está utilizando la terapia de reemplazo hormonal actualmente?

☐ Sí → ¿A qué edad comenzó?

--	--

☐ No → ¿A qué edad tomó hormonas?

Edad a la que
comenzó

--	--

Edad a la que
dejó de tomarlas

--	--

b. ¿Qué tipo de hormonas tomaba?

☐ Sólo estrógeno (como Premarin o Estratab)

☐ Estrógeno con progestina (como Provera)

☐ Otro tipo de terapia de reemplazo hormonal

Especifique:

--