



Participant ID #:

Acrostic:

Date:

/

/

Month

Day

Year

MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

INTRODUCTION

Hola, mi nombre es *[el nombre del entrevistador]*, y estoy llamando para hablar con *[participant name]* ¿Está *[participant name]* disponible?

If no → ¿Cuándo sería conveniente llamar de nuevo? _____ Thank you. I will call again.

If yes → Hola, *[participant name]*, soy *[interviewer name]* del estudio *[MESA/MESA Air]*. Llamo para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica y para actualizar nuestros registros de *[MESA/MESA Air]*. ¿Le es conveniente hablar conmigo unos minutos por teléfono?

If no → ¿Cuándo sería más conveniente? _____ Gracias. Volveré a llamar.

If yes → Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud en general y condiciones médicas específicas desde nuestra última entrevista telefónica con usted el día _____. Yo entiendo que le hemos hecho algunas de estas preguntas en varias ocasiones, pero saber acerca de los cambios en su salud es importante para nosotros poder entender mejor las causas de las enfermedades del corazón y derrames cerebrales, y cómo estas enfermedades podrían estar relacionadas con otras cosas en su vida.

Primero, me gustaría asegurarme de que nuestros expedientes están actualizados.

(Go to "Participant Tracking" form and verify the tracking information that appears in the left-hand column)

1. Usted diría que en general su salud es **(read all response categories except Unsure)**

- ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mala
☐ Muy Buena ☐ Regular ☐ No está seguro

2. Desde nuestra última entrevista telefónica con ud., ¿ha visitado usted a algún médico u otro profesional de salud?

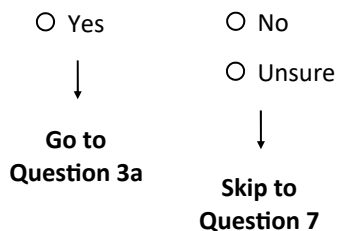
Optional: Un "profesional de salud" es un doctor, una enfermera, una enfermera con práctica médica, u otro especialista con licencia trabajando en una clínica, un hospital o una ambulancia. Esta persona puede ser un profesional de medicina no occidental (por ejemplo un acupunturista o herbolario asiático) pero no debería incluir quiroprácticos, instructores de ejercicio, o dietistas.

(Circle answer) ☐ Yes ☐ No

Desde nuestra última entrevista telefónica con ud., ¿ha pasado la noche en algún hospital o sanatorio?

(Circle answer) ☐ Yes ☐ No

Did the participant answer 'Yes' to either part of Question 2 (seen a health professional or overnight stay)?





MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

3a. ¿Le ha dicho un doctor o profesional de salud que tuvo diabetes?

- ☐ Unsure (**go to question 3b**)
- ☐ No (**go to question 3b**)
- ☐ Yes → **If Yes to diabetes:**

¿Es éste un diagnóstico nuevo desde nuestra última entrevista por teléfono con usted?

- ☐ Unsure
- ☐ No
- ☐ Yes

3b. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que tiene alguno de los siguientes? (**Read each diagnosis.**)

	Yes	No	Unsure
Presión Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
If Yes: ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto nivel de Colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
If Yes: ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que usted tuvo alguno de los siguientes? (**read each diagnosis**):

	Yes	No	Unsure
Infarto miocárdico o ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina de pecho o dolor en el pecho causado por una enfermedad cardíaca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad arterial periférica, claudicación intermitente o dolor en las piernas debido a una obstrucción arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrilación atrial o auricular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis de vena profunda o coágulos de sangre en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque isquémico transitorio (TIA) o embolia o derrame cerebral mínimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral (stroke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de la arteria carótida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Complete "Specific Medical Conditions" form for each item with a Yes response.



MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

5. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿ha tenido algún otro problema médico que haya hecho que usted pasara la noche en...?

	Yes	No	Unsure
Un hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un asilo u hogar o un sanatorio de rehabilitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓
Complete "Other Admissions" form
for each item with a Yes response.

6. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le han hecho alguno de los siguientes exámenes o procedimientos, ya sea en el hospital o en algún otro centro? (read each procedure):

	Yes	No	Unsure
Un procedimiento de angioplastia o una endoprótesis vascular (stent en inglés) para abrir las arterias del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de desviación coronaria ("bypass")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angioplastia para abrir las arterias en una de sus piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Una cardioversión en la que se aplica una corriente eléctrica a su pecho para convertir el ritmo cardiaco de fibrilación auricular o aleteo auricular a un ritmo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Un procedimiento de ablación en el que un tubo largo y flexible, o catéter, se inserta en el corazón y se aplica energía para destruir pequeñas áreas de tejido para bloquear la fibrilación o el aleteo auricular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓
Complete "Specific Medical
Procedures" form for each item
with a Yes response from 6.

	Yes	No	Unsure
7. ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes → ¿Cuántos días a la semana?



MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

Desde su última llamada de seguimiento ¿ha tomado algún fluidificante de la sangre o anticoagulantes que no fueran aspirina?

- ☐ Yes →
- ☐ No
- ☐ Don't know
- ☐ Refused

8a. ¿Qué fluidificante de la sangre o anticoagulante ha tomado desde su última llamada de seguimiento? (check all that apply)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coumadin [warfarin] | <input type="checkbox"/> Effient [prasugrel] |
| <input type="checkbox"/> Plavix [clopidogrel] | <input type="checkbox"/> Persantine [dipyridamole] |
| <input type="checkbox"/> Pradaxa [dabigatran] | <input type="checkbox"/> Savaysa [edoxaban] |
| <input type="checkbox"/> Xarelto [rivaroxaban] | <input type="checkbox"/> Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> Equilis [apixiban] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Brilinta [ticagrelor] | <input type="checkbox"/> Don't know |

8b. ¿En qué mes y año empezó a tomar [insert drug name]?

Start date:

Month

Year

☐ Don't know

8c. ¿En qué mes y año dejó de tomar [insert drug name]?

Stop date:

Month

Year

☐ Don't know

If still taking drug, enter 99/9999

8d. ¿Empezó y suspendió [insert drug name] más de una vez desde su último Cuestionario de Medicamentos?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

If yes, go to Q8e

If no, ask for Q8b-f for next drug or if no other drugs reported in 8a, go to Q9

8e. ¿Cuál es el siguiente mes y año en el que empezó a tomar [insert drug name]?

Start date:

Month

Year

☐ Don't know

8f. ¿Cuál es el siguiente mes y año en el que dejó de tomar [insert drug name]?

Start date:

Month

Year

☐ Don't know

Collect multiple start and stop dates for each drug, as necessary. If still taking drug, enter 99/9999

Repeat 19b-f for each drug identified in 19a.



MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

9. For participants with history of pacemaker or implanted cardioverter defibrillator based on prior event investigation:

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?

☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

For participants without history of device:

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

☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

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?

Name:

City, State:

Las preguntas que aparecen a continuación se refieren al uso del alcohol y del tabaco. Nos ayudarán a entender mejor el papel que juega el uso de tabaco y alcohol en el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

10. ¿Consume bebidas alcohólicas en la actualidad?

☐ Sí

☐ No



Pase a la pregunta 15

11. Durante una semana ¿Cuántos vasos de vino tinto o vino rojo bebe usualmente?

(Si es menos de 1 por semana escriba 00) (1 vaso se refiere a un vaso de 3.5 onzas, 1 botella = 750 ml = 8 vasos)

12. Durante una semana ¿Cuántos vasos de vino blanco bebe usualmente?

(Si menos de 1 por semana escriba 00) (1 vaso se refiere a un vaso de 3.5 onzas, 1 botella = 750 ml = 8 vasos)

13. Durante una semana ¿Cuántas latas, botellas o vasos de cerveza bebe usualmente?

(Si es menos de 1 por semana escriba 00) (una lata, botella o vaso refiere a un volumen de 12 onzas, 1 botella = 355 ml = 1 vaso)



MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

14. Durante una semana ¿Cuántas copas de licor o bebidas mezcladas bebe usualmente?

--	--

(Si menos de 1 por semana escriba 00) (1 copa = 1.5 oz. vaso o un trago)

15. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor su situación actual como fumador?

- ☐ Nunca he fumado —————→ **Skip to Question 19**
- ☐ He fumado en el pasado pero lo dejé hace más de 1 año
- ☐ He fumado en el pasado pero lo dejé hace menos de 1 año
- ☐ Fumo actualmente
- ☐ No lo sé

16. Como promedio el tiempo total que usted fumó...

Note: Skip to Q19 if "former smoker" and answered Q16 at previous exam.

a. ¿Cuántos cigarrillos fumó por día?

--	--

Cigarrillos

b. ¿Inhaló usted el humo del cigarrillo?

- ☐ En lo absoluto ☐ Levemente ☐ Moderadamente ☐ Profundamente

c. ¿Cuánto tiempo pasa, por lo general, por la mañana antes de que tenga que fumar su primer cigarrillo?

--	--

minutos

17. ¿Ha fumado durante los últimos 30 días?

- ☐ Sí
- ☐ No —————→ **Skip to Question 19**

18. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

--	--	--

19. Durante el último año aproximadamente ¿cuántas horas por semana estuvo usted en contacto cercano con personas cuando estaban fumando? (p.ej. en su casa, en un automóvil, en el trabajo o en otras habitaciones cercanas)

--	--	--

MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

20. En los últimos 12 meses, (incluyéndolo a usted) ¿alguien ha fumado en su residencia?

- ☐ Sí →
☐ No **(Skip to Question 21)**
☐ No sabe **(Skip to Question 21)**

20a. En promedio, en los últimos 12 meses ¿Con qué frecuencia alguien fumó en su residencia?

- ☐ Menos de una vez al mes
☐ Unos pocos días al mes
☐ Más de 15 días al mes, pero menos de 30 días
☐ Casi diario

20b. En promedio, en los últimos 12 meses ¿Cuántos cigarrillos al día fueron consumidos en su residencia por cada fumador?

Fumador 1: cigarrillos al día

Fumador 2: cigarrillos al día

Fumador 3: cigarrillos al día

20c. En promedio, en los últimos 12 meses ¿cuántos puros al día fueron consumidos en su residencia por cada fumador?

Fumador 1: puros al día

Fumador 2: puros al día

En las siguientes preguntas evalúe su memoria en comparación con la de hace 5 años. Cada pregunta usa una escala del 1 al 5, donde 1 significa ningún cambio de la memoria desde hace 5 años, 2 cambio mínimo, 3 algún cambio, 4 cambio moderado y 5 mucho peor.

En comparación con hace 5 años, cómo calificaría su capacidad de:

	1-No Cambio	2-Cambio mínimo	3-Algún cambio	4-Cambio moderado	5-Mucho peor	No Sabe
21. Recuerda información cuando realmente trata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Recuerda nombres y caras de nuevas personas que conoce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Recuerda cosas que ocurrieron recientemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Recuerda conversaciones de hace pocos días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



MESA Follow-up Phone Call 20: General Health

En comparación con hace 5 años, cómo calificaría su capacidad de:

	1-No Cambio	2-Cambio mínimo	3-Algún cambio	4-Cambio moderado	5-Mucho peor	No Sabe
25. Recordar dónde se guardan las cosas usualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Recordar nueva información que le han comunicado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Recordar dónde colocó objetos familiares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Recordar qué usted intentó hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Recordar nombres de familiares y amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Recordar sin hacer notas ni recordatorios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Recordar cosas en comparación con otras personas de su edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. ¿Cómo calificarían su memoria las personas que lo conocen comparada con la de hace 5?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. ¿Qué tan preocupado está sobre los cambios que describió anteriormente? Diría que:

- ☐ No está nada preocupado
- ☐ Ligeramente preocupado
- ☐ Un poco preocupado
- ☐ Moderadamente preocupado
- ☐ Extremadamente preocupado
- ☐ No sabe

34. ¿Tiene algún miembro de su familia (madre, padre, hermana o hermano consanguíneo) que ha sido diagnosticado con la enfermedad de Alzheimer o demencia senil?

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Sí | → | 34a. ¿Quién? Marque todas las que apliquen. |
| <input type="radio"/> No | | <input type="checkbox"/> Madre |
| <input type="radio"/> No sabe | | <input type="checkbox"/> Padre |
| | | <input type="checkbox"/> Algún hermano |
| | | <input type="checkbox"/> Alguna hermana |

END: Muchísimas gracias por haber hablado conmigo hoy. Le agradecemos mucho su participación en [MESA/MESA Air]. Si tuviese alguna pregunta, no dude en llamarnos a la [clinic phone number].