



MESA FU26

General Health
Spanish

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:

Month

Day

Year

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. Volveré a llamar.

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.

- ☐ Yes ☐ No

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

- ☐ Yes ☐ No

Did the participant answer “Yes” to either part of Q2 (seen a health professional or overnight stay)?

- ☐ Yes ☐ No
☐ Unsure

Go to Q3a

Skip to Q7



MESA FU26

General Health - Spanish

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

- ☐ Yes →
- ☐ No (go to Q3b)
- ☐ Unsure (go to Q3b)

If Yes to diabetes:

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

- ☐ Yes
- ☐ No
- ☐ Unsure

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"/>
Infección COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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



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 Q6.**



MESA FU26

General Health - Spanish

Yes No Unsure

7. ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular? ☐ ☐ ☐

If Yes: ¿Cuántos días a la semana?

8. 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 ☐ Unsure

For participants without history of device:

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

☐ Yes ☐ No ☐ Unsure

If Yes to a or b:

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

☐ Marcapasos cardíaco ☐ Desfibrilador cardioversor



MESA FU26

General Health - Spanish

9. Enumere todos los idiomas y dialectos que usted puede hablar y comprender, incluyendo el inglés, **en orden de fluidez**:

Idioma	¿Dónde lo aprendió?	¿A qué edad lo aprendió? (Si lo aprendió desde el nacimiento, escriba edad "0")	En una escala del 0 al 10, califique su dominio del idioma en términos de su capacidad para hablar, escribir y leer el idioma.
1.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Otro : _____		Habla: ____ Escribe: ____ Lee: ____
2.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Otro : _____		Habla: ____ Escribe: ____ Lee: ____
3.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Otro : _____		Habla: ____ Escribe: ____ Lee: ____
4.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Otro : _____		Habla: ____ Escribe: ____ Lee: ____
5.	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Otro : _____		Habla: ____ Escribe: ____ Lee: ____

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].