



MESA FU27

Specific Medical Conditions

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

Complete form for each condition reported as 'Yes' on "General Health" or "General Health—Death" form. If the participant has died, change 'you' or 'your' to decedent's name for all questions below.

Usted me dijo que un médico u otro profesional de salud le ha dicho que usted tuvo _____ (read and mark specific condition name reported previously below)

- ☐ Infarto del miocardio o ataque al corazón
- ☐ Angina de pecho o dolor en el pecho causado por un problema del corazón
- ☐ Insuficiencia cardiaca o insuficiencia cardiaca congestiva
- ☐ Enfermedad arterial periférica, claudicación intermitente o dolor en las piernas debido a una obstrucción arterial
- ☐ Fibrilación atrial o auricular
- ☐ Trombosis de vena profunda o coágulos de sangre en las piernas
- ☐ Ataque isquémico transitorio (TIA) o embolia o derrame cerebral pequeño
- ☐ Derrame cerebral, embolia, o accidente cerebrovascular →
- ☐ Obstrucción de la arteria carótida
- ☐ Cáncer, especifique qué tipo _____
- ☐ Infección COVID-19

¿Piensa que se ha recuperado completamente de los síntomas que tuvo por la embolia o el derrame cerebral?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Durante las últimas dos semanas, ¿necesitó Ud. que otras personas le asistieran con sus quehaceres diarios?

☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que le atendió?

[OPTIONAL. Only record name and address if they are use to Events staff.]

Name: _____

Address: _____

B. ¿En qué fecha fue el diagnóstico o la hospitalización?

/ /
Month Day Year

(Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15).

C. Desde nuestra última entrevista telefónica con ud. en [date of last follow up], ¿estuvo hospitalizado al menos una noche por este problema?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

Continue to
part D on next
page.

Ask about next condition reported on "General Health" or "General Health—Death" form, and record details on an additional form. If there are no additional conditions, go to next question on "General Health" form.



MESA FU27

Specific Medical Conditions

D. Por favor, ¿me puede decir las fechas y los lugares donde estuvo hospitalizado?

(Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15.)

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)															
(1)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	Month Day Year																	
(2)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	Month Day Year																	
(3)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	Month Day Year																	
(4)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	Month Day Year																	
(5)	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			
	Month Day Year																	

Ask about the next condition reported as 'Yes' on "General Health" or "General Health-Death" form and record details on an additional form. If condition is "COVID-19 infection", complete part E. If no additional conditions are reported as 'Yes', go to next question on "General Health" form.

Complete part E below if the selected condition is "COVID-19 infection" and answer is 'Yes' to part C (hospitalization).

E. Durante su hospitalización, ¿recibió alguno de estos tratamientos? Please check all that apply.

- ☐ Oxígeno (por mascara o nariz)
- ☐ Tubo de respiración o ventilador
- ☐ "Unidad de cuidados intensivos" o monitoreo
- ☐ Diálisis
- ☐ Unsure
- ☐ Decline to answer