



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address. OMB#: 0925-0584 Exp. 8/31/2017

## Medical History HCHS/SOL Visit 2

ID Number:	[REDACTED]	FORM CODE: MHS VERSIÓN: 1, 9/1/2014	Contact Occasion	0	2	SEQ #:	[REDACTED]
------------	------------	--	------------------	---	---	--------	------------

### ADMINISTRATIVE INFORMATION [SYSTEM PREFILLED]

0a. Completion Date: [REDACTED]/[REDACTED]/[REDACTED] [REDACTED]

0b. Staff ID: [REDACTED]

0c. Participant Gender: [REDACTED] (F=female, M=male)

0d. Age: [REDACTED]

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

**Introducción:** A continuación me gustaría hacerle algunas preguntas sobre condiciones de salud que haya tenido para actualizar la información que tenemos en nuestros records. Es posible que usted haya contestado algunas de estas preguntas, pero queremos asegurarnos de tener toda su información.

Es posible que se sienta incómodo(a) al responder algunas de éstas preguntas. Puede ser que quiera o no responderlas. Por favor, tómese su tiempo para pensar su respuesta. Es importante entender estos aspectos de su salud. A la vez queremos respetarlo(a) y que se sienta cómodo(a). Usted es importante para nosotros y su participación en el estudio es sumamente valiosa.

#### A. Desde su primera visita a SOL, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

- |  | No                         | Sí                         | No está seguro             |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Ataque al corazón?   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Angioplastia con balón, stent u operación quirúrgica de bypass de las arterias del corazón para mejorar el flujo sanguíneo?            | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Angina de pecho?   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Insuficiencia cardíaca?  | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Derrame cerebral?  | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Derrame cerebral mínimo o Isquemia cerebral transitoria. (Transient Ischemic Attack, TIA)?   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Angioplastia con balón u operación quirúrgica de las arterias del cuello para prevenir o corregir un derrame cerebral?                 | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Aneurisma de aorta, Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) o dilatación de aorta?   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Coágulo de sangre (trombo) en una vena de la pierna o en el pulmón que requiera de medicamento anticoagulante?                         | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Enfermedad arterial periférica (Peripheral Arterial Disease, PAD) (problemas de circulación, bloqueo de las arterias de las piernas)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 10.a (Si dice que sí ha tenido PAD) ¿angioplastia con balón, stent o amputación por esta afección?   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Enfermedad del hígado? <b>If No/unsure to liver disease, Go to # 12</b>   | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |

IF YES to liver disease, then ask: ¿qué enfermedad del hígado?

11a. Hepatitis      No       Go to Question 11c  
                          Sí

ID Number: 

--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS  
VERSIÓN: 1, 9/1/2014Contact  
Occasion0  2 

SEQ#:

--	--

11b. ¿De qué tipo?

Tipo A	1 <input type="checkbox"/>
Tipo B	2 <input type="checkbox"/>
Tipo C	3 <input type="checkbox"/>
No sabe	9 <input type="checkbox"/>

11c. Cirrosis

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí	1 <input type="checkbox"/>

12. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

No 0  **Go to Question 13**      Sí 1       Unsure 9  **Go to Question 13**

12a. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como comenzar o aumentar el uso de inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0       Sí 1       Unsure 9

13. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma?

No 0  **Go to Question 14**      Sí 1       Unsure 9  **Go to Question 14**

13a. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como comenzar o aumentar el uso de inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0       Sí 1       Unsure 9

14. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?

No 0  **Go to Question 15**      Sí 1       Unsure 9  **Go to Question 15**

14a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0  **Go to Question 15**      Sí 1       Unsure 9  **Go to Question 15**

13b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply*)

	No	Sí
b1. Píldoras	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b2. Insulina solamente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b3. Insulina y píldoras	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b4. Fue remitido(a) para un examen de la vista	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b5. Recomendación de hacer cambios en la dieta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b6. Recomendación de dejar de fumar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b7. Recomendación de hacer más ejercicios	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b8. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Especificar: _____

15. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0  **Go to Question 16**      Sí 1       Unsure 9  **Go to Question 16**

15a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

ID Number: 

--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS  
VERSIÓN: 1, 9/1/2014Contact  
Occasion0  2 

SEQ#:

--	--

No 0  **Go to Question 16**Sí 1 Unsure 9  **Go to Question 16**

15b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
b1. Empezar a tomar un nuevo medicamento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b2. Aumentar la dosis de alguno de los medicamentos que toma actualmente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b3. Bajar de peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b4. Hacer cambios en la dieta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b5. Dejar de fumar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b6. Hacer más ejercicios	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b7. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Especificar: _____

16. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?No 0  **Go to Question 17** Sí 1  Unsure 9  **Go to Question 17**

16a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0  **Go to Question 17** Sí 1  Unsure 9  **Go to Question 17**

16b. ¿Qué tratamiento le recomendaron? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
b1. Empezar a tomar un nuevo medicamento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b2. Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b3. Recomendación de bajar de peso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b4. Recomendación de hacer cambios en la dieta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b5. Recomendación de dejar de fumar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b6. Recomendación de hacer más ejercicios	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b7. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Especificar: _____

17. ¿Alguna vez le ha dicho el doctor que tenía cáncer o un tumor maligno?

No 0  **Go to Question 18** Sí 1 

17a. ¿De qué tipo?	<b>No</b>	<b>Sí</b>
a1. Pulmón	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a2. Mama (seno)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a3. Cuello de la matriz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a4. Sangre / glándulas linfáticas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a5. Testículos / escroto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a6. Hueso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a7. Melanoma	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a8. Piel (no melanoma)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a9. Cerebro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

ID Number: 

--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS  
VERSIÓN: 1, 9/1/2014Contact  
Occasion0  2 

SEQ#:

--	--

17a. ¿De qué tipo?      **No**    **Sí**

- a10. Estómago      0  1   
a11. Colon      0  1   
a12. Útero      0  1   
a13. Próstata      0  1   
a14. Hígado      0  1   
a15. Riñón / renal      0  1   
a16. Otro      0  1

**Especificar:** \_\_\_\_\_

18. ¿Tiene actualmente un marcapasos o un desfibrilador automático (AICD) para corregir un problema de arritmia cardíaca?

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí, marcapasos	1 <input type="checkbox"/>
Sí, desfibrilador automático (AICD)	2 <input type="checkbox"/>
Sí, marcapasos y desfibrilador automático (AICD)	3 <input type="checkbox"/>
Not sure	9 <input type="checkbox"/>

**B. Desde la última entrevista por teléfono el (fecha) ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?**

	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>No está seguro</b>
19. ¿Ha tenido con frecuencia hinchazón en los pies o los tobillos al final del día?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20. ¿Se despierta en ocasiones por la noche por dificultades para respirar?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
21. ¿Ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su ritmo normal sobre un suelo llano?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
22. ¿Ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
23. ¿Alguna vez le ha dicho el doctor que tenía una de las siguientes condiciones que afectan el cerebro o la mente?			

	<b>No</b>	<b>Sí</b>
23a. Demencia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23b. Enfermedad de Alzheimer?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23c. Demencia vascular o endurecimiento de las arterias del cerebro?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23d. Deterioro cognitivo leve?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23e. Enfermedad de Parkinson?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
23f. Tumor cerebral?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

**C. Urinary Leakage (Incontinence)**

A muchas personas se les sale la orina. Las siguientes preguntas se refieren a estas salidas de orina.

(*Hay otros términos para referirse a las salidas de orina: no poder contener la orina hasta llegar al baño, no poder controlar la vejiga, pérdida de control de la orina, etc.*)

24. ¿Con qué frecuencia tiene salidas de orina? Diría que...

Nunca 1  **Go to Question 26**

Menos de una vez al mes 2

Varias veces al mes 3

Varias veces a la semana, 4

Cada día y/o cada noche 5

Unsure / Refused 9  **Go to Question 26**

25. ¿Cuánta orina se le sale cada vez? Diría que...

Unas gotas 1

Pequeños chorritos 2

Más 3

Unsure / Refused 9

26. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades con actividades tales como toser, levantar peso o hacer ejercicio?

No 0  **Go to Question 27**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **Go to Question 27**

25a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre . . .

Menos de una vez al mes 1

Varias veces al mes 2

Varias veces a la semana 3

Cada día y/o cada noche 4

Unsure / Refused 9

27. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades porque tenía muchas ganas o una gran presión para orinar y no pudo llegar a tiempo al baño?

No 0  **Go to Question 28**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **Go to Question 28**

27a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre . . .

Menos de una vez al mes 1

Varias veces al mes 2

Varias veces a la semana 3

Cada día y/o cada noche 4

Unsure / Refused 9

ID Number: 

--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS  
VERSIÓN: 1, 9/1/2014Contact  
Occasion0  2 

SEQ#:

--	--

28. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades sin actividades tales como toser, levantar peso o hacer ejercicio o porque tenía muchas ganas de orinar?

No 0  **Go to Question 31**Sí 1 Unsure / Refused 9  **Go to Question 31**

28a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre . . .

Menos de una vez al mes 1 Varias veces al mes 2 Varias veces a la semana 3 Cada día y/o cada noche 4 Unsure / Refused 9 

29. En los **últimos 12 meses**, ¿cuánto le molestó la salida de orina? Seleccione una de las siguientes opciones:

Nada 1 Sólo un poco 2 Un tanto 3 Mucho 4 Enormemente 5 Unsure / Refused 9 

30. En los **últimos 12 meses**, ¿cuánto le afectó la salida de orina sus las actividades diarias? Seleccione una de las siguientes opciones:

Nada 1 Sólo un poco 2 Un tanto 3 Mucho 4 Enormemente 5 Unsure / Refused 9 

31. En los **últimos 30 días**, ¿cuántas veces por noche tuvo que levantarse habitualmente a orinar desde el momento en que se acostó hasta el momento en que se levantó en la mañana? Diría que fue..

Nunca 0 1 vez 1 2 veces 2 3 veces 3 4 veces 4 5 veces o más 5 Unsure / Refused 9

**D. Kidney**

32. ¿Alguna vez le ha dicho el doctor u otro profesional de la salud que tiene riñones débiles o que le están fallando? No incluya los cálculos del riñón, las infecciones de la vejiga ni la incontinencia urinaria.

No 0  **Go to Question 34**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **Go to Question 34**

33. En los **últimos 12 meses**, ¿le han hecho diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal)?

No 0

Sí 1

Unsure / Refused 9

34. ¿Alguna vez ha tenido cálculos del riñón?

No 0  **Go to Question 35**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **Go to Question 35**

34a. ¿Cuántas veces ha pasado un cálculo del riñón?   **INDIQUE EL NÚMERO DE VECES**

**E. Tuberculosis Screening**

35. **Desde la visita 1**, ¿le han dicho que tiene tuberculosis activa o TB?

No 0  **Go to Question 36**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **Go to Question 36**

35a. **Desde la visita 1**, ¿le han recetado algún medicamento para tratar tuberculosis activa o TB?

No 0

Sí 1

Unsure / Refused 9

36. **Desde la visita 1**, ¿le han hecho una prueba de tuberculosis en la piel (por ejemplo: PPD)?

No 0  **For men, go to 37; for women,  
END of questionnaire**

Sí 1

Unsure / Refused 9  **For men, go to 37; for women,  
END of questionnaire**

36a. Fue: Positiva

1

2  **For men, Go to Question 37; for women, END of questionnaire**

Negativa

9

**For men, Go to Question 37; for women, END of questionnaire**

Unsure / Refused

36b. Debido a esta prueba de tuberculosis en la piel, ¿se le recetó un medicamento para evitar que se enfermara de tuberculosis?

No 0

Sí 1

Unsure / Refused 9

**For WOMEN, END of questionnaire**

**F. Men Only**

El siguiente grupo de preguntas es sobre la salud masculina incluyendo problemas urinarios y de próstata. La próstata es una glándula ubicada justo debajo de la vejiga. **¿Le puedo hacer estas preguntas?**

**For men less than 40 years of age, go to question 38.**

37. Solo para hombres mayores de 40 años: ¿en general, tiene problemas para comenzar a orinar?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

38. Solo para hombres mayores de 40 años: después de orinar ¿siente vacía la vejiga?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 **The remainder is for men of all ages:**

39. ¿Alguna vez le ha dicho el médico o un profesional de la salud que usted tenía una enfermedad de la próstata? Esto incluye el agrandamiento de la próstata.

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

40. ¿Alguna vez le ha dicho el médico o un profesional de la salud que usted tenía la próstata agrandada?

No 0  **Go to Question 41**Sí 1 Unsure / Refused 9  **Go to Question 41**

40a. ¿Era un agrandamiento benigno; es decir, no era canceroso (también llamado hipertrofia prostática benigna)?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

40b. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que tenía un agrandamiento benigno de la próstata?

Edad en años  

40c. ¿Se debía el agrandamiento al cáncer?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

41. ¿Alguna vez le han hecho un examen de sangre que el doctor le dijo que era para ver si tenía cáncer de la próstata? El examen se llama Antígeno Específico de la Próstata (Prostate Specific Antigen, PSA)

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9

ID Number:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS  
VERSIÓN: 1, 9/1/2014Contact  
Occasion

0      2

SEQ#:

42. Alguna vez le han hecho un examen rectal. El examen rectal consiste en insertar un dedo en el recto o el trasero para ver si hay problemas.

No 0  **Go to Question 43**Sí 1 Unsure / Refused 9  **Go to Question 43**

- 42a. ¿Se lo hicieron para ver si tenía cáncer de la próstata?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

- 42b. ¿Se lo hicieron para ver si tenía sangre?

No 0 Sí 1 Unsure / Refused 9 

43. Muchos hombres tienen problemas con las relaciones sexuales. ¿Cómo describiría su capacidad de tener y mantener una erección adecuada para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria? Diría usted que...

**VERBAL INSTRUCTION:** *¿Siempre o casi siempre puede tener y mantener una erección? ¿Por lo general puede tener y mantener una erección? Algunas veces puede tener y mantener una erección? Nunca puede tener y mantener una erección?*

Siempre o casi siempre puede 3 Por lo general puede 2 A veces puede 1 Nunca puede 0 Unsure / Refused 9