



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 07 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-XXXX). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Medical/Family History Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:							
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: MHS
VERSION: A 1/24/08

Contact
Occasion

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

SEQ #

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

Acrostic:

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

0b. Staff ID:

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

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. If age of onset is unknown enter the special missing value, "=", in the item.

¿Tuvo usted o alguno de sus familiares consanguíneos alguna de las siguientes enfermedades? NO incluya medios(as) hermanos(as).

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0 ☐

Sí 1 ☐ → **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**

1a. ¿Sucedió esto durante el embarazo solamente?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron presión sanguínea alta o hipertensión?

1b. Madre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

1c. Padre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

1d. Hermano(s) o hermana(s) No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

2. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene el colesterol alto?

No 0 ☐

Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron el colesterol alto?

2a. Madre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

2b. Padre No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

2c. Hermano(s) o hermana(s) No o No sabe 0 ☐ Sí 1 ☐

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene angina de pecho?

No 0 ☐

Sí 1 ☐ → **GO TO QUESTION 3b**

3a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

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

Edad en años

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron angina?

3b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
3c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
3d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un ataque al corazón?

No	0 ☐	→ GO TO QUESTION 4b
Sí	1 ☐	

4a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un ataque al corazón?

4b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
4c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
4d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo insuficiencia cardíaca o falla cardíaca?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una falla cardíaca?

5a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
5b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
5c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

6. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo enfermedad reumática del corazón?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una enfermedad reumática del corazón?

6a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
6b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
6c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

7. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo fibrilación atrial (del corazón)?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo algún otro problema del corazón?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

Si "sí," por favor, especifique: _____

9. ¿Le han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), o le han puesto un "stent", o le han hecho cirugía de bypass del corazón?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

¿Les han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), a estos familiares, o le han puesto un “stent”, o le han hecho “bypass” en el corazón?

9a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
9b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
9c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

10. ¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que usted tuvo un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

10a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
10b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
10c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

11. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un derrame (ataque) cerebral pequeño o transitorio conocido como TIA en inglés?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

12. ¿Le han hecho una angioplastia con balón (dilatación) o cirugía de las arterias del cuello para prevenir o corregir una apoplejía o derrame (ataque) cerebral?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

13. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene o tuvo un aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

13a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
13b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
13c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

14. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene enfermedad arterial periférica (problemas con la circulación, arterias bloqueadas en sus piernas)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 15a**
Sí 1 ☐

15. ¿Ha tenido usted un “bypass”, una angioplastia con balón, le han puesto un “stent”, o le han amputado una extremidad (pierna o pie) debido a esta condición?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron enfermedad arterial periférica?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 15a. Madre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 15b. Padre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 15c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |

16. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes (azúcar alta en la sangre o en la orina)?

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|
| No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 16e |
| Sí | 1 ☐ | |

16a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

16b. PARA MUJERES: ¿Fue esto durante el embarazo solamente?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |

16c. ¿Está usando insulina?

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|
| No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 16e |
| Sí | 1 ☐ | |

16d. ¿Fue la insulina la primera medicina que se usó para la diabetes?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron diabetes?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 16e. Madre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 16f. Padre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 16g. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |

17. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene problemas de los riñones?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |

18. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene una enfermedad del hígado?

- | | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 19 |
| Sí | 1 ☐ | |

¿Qué tipo de enfermedad del hígado?

- | | | | |
|----------------|----|----------------------------|-----------------------------|
| 18a. Hepatitis | No | 0 ☐ | → GO TO QUESTION 18c |
| | Sí | 1 ☐ | |

- | | | |
|-----------------|-------------|----------------------------|
| 18b. ¿Qué tipo? | Hepatitis A | 1 ☐ |
| | Hepatitis B | 2 ☐ |
| | Hepatitis C | 3 ☐ |
| | No sabe | 4 ☐ |

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

18c. Cirrosis No 0 ☐
 Sí 1 ☐

18d. Otra No 0 ☐
 Sí 1 ☐

19. ¿Ha tenido usted acidez (una sensación de ardor o incomodidad) en su pecho durante el último año?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 20**
 Sí 1 ☐

19a. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted acidez durante el ultimo año?

Menos de una vez al mes 1 ☐
 Alrededor de una vez al mes 2 ☐
 Alrededor de una vez a la semana 3 ☐
 Varias veces a la semana 4 ☐
 Todos los días 5 ☐

20. ¿Ha tenido usted reflujo ácido, agrura (un líquido con sabor amargo o agrio que viene del estómago a su garganta o boca) durante el último año?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 21**
 Sí 1 ☐

20a. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted reflujo ácido durante el último año?

Menos de una vez al mes 1 ☐
 Alrededor de una vez al mes 2 ☐
 Alrededor de una vez a la semana 3 ☐
 Varias veces a la semana 4 ☐
 Todos los días 5 ☐

21. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene migrañas (jaquecas), con o sin un aura?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron migrañas?

21a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
21b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
21c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

22. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un coágulo en alguna de las venas de sus piernas o en el pulmón para lo cual se usó medicamentos para evitar que la sangre se coagule (para hacerla más fina)?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐

23. ¿Tiene usted una inflamación dolorosa o hinchazón en sus articulaciones que limite sus actividades?

No 0 ☐
 Sí 1 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una inflamación dolorosa o hinchazón de las articulaciones que limite sus actividades?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 23a. Madre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 23b. Padre | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |
| 23c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 ☐ | Sí | 1 ☐ |

24. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene un problema para dormir o problemas del sueño?

- | | | | |
|---------|----------------------------|---|--------------------------|
| No | 0 ☐ | → | GO TO QUESTION 26 |
| Sí | 1 ☐ | | |
| No sabe | 9 ☐ | → | GO TO QUESTION 26 |

25. ¿Qué problema del sueño le dijo que tiene?

- | | No | Sí |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Insomnio | 0 ☐ | 1 ☐ |
| b. Síndrome de piernas inquietas | 0 ☐ | 1 ☐ |
| c. Narcolepsia | 0 ☐ | 1 ☐ |
| d. Apnea | 0 ☐ | 1 ☐ |
| e. Otro | 0 ☐ | 1 ☐ |

Si otro, por favor especifique: _____

IF RESPONSE TO Q25d IS "YES", ASK Q25d.1.

↳ 25d.1. ¿Alguna vez le han recetado usar una máquina (CPAP o BIPAP, por sus siglas en inglés) o algún dispositivo (aparato) para el tratamiento de la apnea del sueño?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 ☐ |
| Sí | 1 ☐ |

26. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene o tuvo cáncer o un tumor maligno?

- | | | | |
|----|----------------------------|---|---------------------------|
| No | 0 ☐ | → | GO TO QUESTION 26b |
| Sí | 1 ☐ | | |

26a. ¿De qué tipo?

- | | No | Sí |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a1. Pulmón | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a2. Seno | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a3. Cuello de la matriz | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a4. Leucemia o linfoma | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a5. Testículos/escroto | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a6. Huesos | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a7. Melanoma | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a8. Otro cáncer de la piel
(que no sea melanoma) | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a9. Cerebro | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a10. Estómago | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a11. Intestino | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a12. Del útero | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a13. Próstata | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a14. Hígado | 0 ☐ | 1 ☐ |
| a15. Otro | 0 ☐ | 1 ☐ |

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron cáncer o un tumor maligno?

26b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
26c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
26d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

MEN> STOP, END QUESTIONNAIRE

WOMEN> GO TO QUESTION 27

FOR WOMEN ONLY

27. ¿A qué edad comenzó a tener la regla?

Edad en años

28. ¿Tiene usted actualmente períodos menstruales?

No	0 ☐	
Sí	1 ☐	→ GO TO QUESTION 34
No sabe	9 ☐	

29. ¿Ha tenido usted una histerectomía?

No	0 ☐	→ GO TO QUESTION 31
Sí, han extraído ambos ovarios	1 ☐	
Sí, sin extraer los ovarios	2 ☐	
Sí, pero no está segura si los ovarios fueron extraídos	3 ☐	

30. ¿A qué edad le hicieron esa cirugía? Edad en años

31. ¿Ha llegado usted a la menopausia (cambio de vida)?

No	0 ☐	→ GO TO QUESTION 33
Sí	1 ☐	
No sabe	9 ☐	→ GO TO QUESTION 33

32. ¿A qué edad? Edad en años → **GO TO QUESTION 34**

33. ¿Está usted embarazada actualmente?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

34. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

No	0 ☐	→ GO TO QUESTION 37
Sí	1 ☐	
No sabe	9 ☐	→ GO TO QUESTION 37

ID NUMBER:									FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

35. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Número de embarazos

36. ¿Cuántos de sus bebés nacieron vivos?

Número de nacimientos vivos

37. ¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas u otro tipo de medicamento para evitar el embarazo (para no tener hijos)?

No 0
Sí 1

38. ¿Está usted tomando hormonas femeninas actualmente que no sean píldoras anticonceptivas?

No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1
No sabe 9 → **END QUESTIONNAIRE**

39. ¿Toma usted estas hormonas femeninas para un suplemento de sus hormonales naturales?

No 0
Sí 1