



HCHS/SOL Medication Use Questionnaire_Spanish

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

FORM CODE: MUS
VERSION: A 12/18/07

Contact			SEQ #		
Occasion					

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. If a number is entered incorrectly, mark through the incorrect entry with an "=". Code the correct entry clearly above the incorrect entry.

A. Reception

Como usted sabe, HCHS/SOL (por sus siglas en inglés) está llevando un registro de todos los medicamentos que los participantes han usado en las últimas cuatro semanas (ya sea de venta libre o aquellos que se obtienen con receta médica), incluyendo medicamentos para la gripe o alergias, vitaminas, remedios a base de hierbas y otros suplementos. Estos medicamentos incluyen fórmulas sólidas y no sólidas que usted haya ingerido, inhalado, que se haya aplicado en la piel o en el cabello, que se haya inyectado, implantado o colocado en los oídos, ojos, nariz, boca o cualquier otra parte del cuerpo. La carta que usted recibió sobre esta cita incluía una bolsa plástica para todos los medicamentos que actualmente usa y se le pidió que los trajera a la clínica.

1. ¿Trajo usted todos los medicamentos que ha usado en las últimas cuatro semanas o trajo sus envases?

- Sí, todos 1 ☐ → **GO TO SECTION B, QUESTION 5**
No, algunos de ellos 2 ☐ → **GO TO SECTION A, QUESTION 3**
No, ninguno de ellos 3 ☐

2. ¿Se debe esto a que se le olvidó o porque no ha estado tomando ningún medicamento en las últimas cuatro semanas, o porque no pudo traer sus medicamentos?

- No tomó ningún medicamento 1 ☐ → **GO TO SECTION C, QUESTION 34**
Se le olvidó o no pudo traer los medicamentos 2 ☐

Está bien. En vista de que la información sobre los medicamentos es muy importante, todavía nos gustaría preguntarle sobre ellos durante la entrevista.

3. ¿Podemos hacer un seguimiento de esto después de la visita, para que así podamos obtener la información sobre las etiquetas de los otros medicamentos? (*Explain follow-up options*)

No or not applicable.. 0 ☐ → **Scan/transcribe what you can in Section B and attempt to convert refusals; indicate this on tracking form**

Yes..... 1 ☐

4. Describe method of follow-up to be used: _____

ID NUMBER:										FORM CODE: MUS	Contact			SEQ #		
										VERSION: A 12/18/07	Occasion					

B. Medication Record

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)
5.	(c) Strength (d) Units	
6.	(c) Strength (d) Units	
7.	(c) Strength (d) Units	
8.	(c) Strength (d) Units	
9.	(c) Strength (d) Units	
10.	(c) Strength (d) Units	
11.	(c) Strength (d) Units	
12.	(c) Strength (d) Units	
13.	(c) Strength (d) Units	
14.	(c) Strength (d) Units	

ID NUMBER:										FORM CODE: MUS	Contact			SEQ #		
										VERSION: A 12/18/07	Occasion					

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)
15.	(c) Strength (d) Units	
16.	(c) Strength (d) Units	
17.	(c) Strength (d) Units	
18.	(c) Strength (d) Units	
19.	(c) Strength (d) Units	
20.	(c) Strength (d) Units	
21.	(c) Strength (d) Units	
22.	(c) Strength (d) Units	
23.	(c) Strength (d) Units	
24.	(c) Strength (d) Units	
25.	(c) Strength (d) Units	

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

FORM CODE: MUS
VERSION: A 12/18/07

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)																						
26.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
	<table border="1"><tr><td colspan="6">(c) Strength</td><td colspan="6">(d) Units</td></tr><tr><td colspan="12"></td></tr></table>	(c) Strength						(d) Units																
(c) Strength						(d) Units																		
<table border="1"><tr><td colspan="12"></td></tr></table>																								
27.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
	<table border="1"><tr><td colspan="6">(c) Strength</td><td colspan="6">(d) Units</td></tr><tr><td colspan="12"></td></tr></table>	(c) Strength						(d) Units																
(c) Strength						(d) Units																		
<table border="1"><tr><td colspan="12"></td></tr></table>																								
28.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
	<table border="1"><tr><td colspan="6">(c) Strength</td><td colspan="6">(d) Units</td></tr><tr><td colspan="12"></td></tr></table>	(c) Strength						(d) Units																
(c) Strength						(d) Units																		
<table border="1"><tr><td colspan="12"></td></tr></table>																								
29.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
	<table border="1"><tr><td colspan="6">(c) Strength</td><td colspan="6">(d) Units</td></tr><tr><td colspan="12"></td></tr></table>	(c) Strength						(d) Units																
(c) Strength						(d) Units																		
<table border="1"><tr><td colspan="12"></td></tr></table>																								

30. Total number of medications in bag.....

--	--

31. Number of medications in bag unable to successfully scan or transcribe

--	--

32. HCHS/SOL ID staff number of person scanning / transcribing medications and interviewing the participant:

a. Scanner / transcriber (items 5-29):

--	--	--

b. Date of scanning / transcription:

		/			/				
Month			Day			Year			

ID NUMBER:								FORM CODE: MUS	Contact			SEQ #		
								VERSION: A 12/18/07	Occasion					

C. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

33. De los medicamentos que usted ha tomado durante las últimas cuatro semanas, ¿fueron algunos para: (If "Yes", verify that the medication NAME is on the medication record.)

	No	Sí	Desonocido
a. Asma	0 ☐	1 ☐	9 ☐
b. Bronquitis crónica o enfisema	0 ☐	1 ☐	9 ☐
c. Azúcar alta en la sangre o diabetes	0 ☐	1 ☐	9 ☐
d. Alta presión sanguínea o hipertensión	0 ☐	1 ☐	9 ☐
e. Alto colesterol en la sangre	0 ☐	1 ☐	9 ☐
f. Dolor en el pecho o angina	0 ☐	1 ☐	9 ☐
g. Ritmo cardíaco anormal	0 ☐	1 ☐	9 ☐
h. Falla cardíaca	0 ☐	1 ☐	9 ☐
i. Para hacer su sangre más líquida	0 ☐	1 ☐	9 ☐
j. Embolia cerebral o derrame cerebral	0 ☐	1 ☐	9 ☐
k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés)	0 ☐	1 ☐	9 ☐
l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación	0 ☐	1 ☐	9 ☐

34. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algún tipo de aspirina o productos que contengan aspirina, incluyendo Alka-Seltzer, medicamento para la gripe o alergia, o medicamento en polvo para el dolor de cabeza? Esto **no** incluye el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol), ibuprofeno (por ejemplo, Advil, Motrin o Nuprin) y naproxeno (por ejemplo, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

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

35. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tomó usted aspirina o un medicamento que contenga aspirina?

		Número de días
----------------------	----------------------	----------------

If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 37**

ID NUMBER:								FORM CODE: MUS VERSION: A 12/18/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

36. ¿Con qué propósito está tomando usted aspirina? (*Interviewer: Do NOT read choices to participant.*)
 Participant mentioned “para evitar ataque al corazón o embolia” 1 ☐
 Participant did not mention “para evitar ataque al corazón o embolia” 2 ☐

37. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algunos [otros] medicamentos que fueron para la artritis, la fiebre, los dolores musculares o los calambres? (*Read bracketed “other” unless no medications were reported.*)

No 0 ☐
 Sí 1 ☐
 Desconocido 9 ☐

38. **Sin** incluir la aspirina, el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol) y corticosteroides (por ejemplo, la prednisona), ¿está usted tomando AHORA algún otro antiinflamatorio o medicamento para la artritis en forma regular? Ejemplos comunes se muestran en esta lista.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
 Sí 1 ☐
 Desconocido 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

Already recorded 1 ☐

(a) Medication UPC										(b) Medication name									
(c) Strength					(d) Units														

40. ¿Cuántas pastillas por semana toma usted como promedio?

Número de pastillas a la semana

41. Staff ID number of person who interviewed the participant: