

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.



# HCHS/SOL Medical/Family History Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: MHS  
VERSION: A 07/20/07

Contact Occasion

SEQ #

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

**Instructions:** place a check in the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response. 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 medio(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 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 tuvieron el colesterol alto?

2b. Madre No o No sabe 0  Sí 1

2c. Padre No o No sabe 0  Sí 1

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

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

No 0  → **GO TO QUESTION 3b**

Sí 1

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

Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares 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 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 una falla cardiaca?**

No 0   
 Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron una falla cardiaca?

5b. Madre No o No sabe 0  Sí 1

5c. Padre No o No sabe 0  Sí 1

5d. Hermano(s) o hermana(s) No o No sabe 0  Sí 1

**6. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo una enfermedad cardiaca reumática?**

No 0   
 Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron una enfermedad cardiaca reumática?

6b. Madre No o No sabe 0  Sí 1

6c. Padre No o No sabe 0  Sí 1

6d. Hermano(s) o hermana(s) No o No sabe 0  Sí 1

**7. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo fibrilación auricular?**

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. ¿Ha tenido usted una angioplastia con balón, un stent, o cirugía de derivación del flujo sanguíneo o "bypass" a las arterias de su corazón para mejorar el flujo de sangre hacia su corazón?**

No 0   
 Sí 1

¿Han tenido estos familiares angioplastia con balón o cirugía de derivación del flujo sanguíneo, o "bypass," a las arterias de su corazón para mejorar el flujo de sangre hacia su corazón?

9b. Madre No o No sabe 0  Sí 1

9c. Padre No o No sabe 0  Sí 1



ID NUMBER:									FORM CODE: MHS VERSION: A 07/20/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

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	<input type="checkbox"/>
Sí	1	<input type="checkbox"/>

16c. ¿Lo(a) están tratado(a) con insulina?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 16e</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		

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

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

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

16e. Madre	No o No sabe	0	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
16f. Padre	No o No sabe	0	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>
16g. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>

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

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

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

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 19</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		

¿Qué tipo de enfermedad al hígado?

18a. Hepatitis	No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 18c</b>
	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
18b. ¿Qué tipo?	Tipo A	1	<input type="checkbox"/>		
	Tipo B	2	<input type="checkbox"/>		
	Tipo C	3	<input type="checkbox"/>		
	No sabe	4	<input type="checkbox"/>		
18c. Cirrosis	No	0	<input type="checkbox"/>		
	Sí	1	<input type="checkbox"/>		
18d. Otra	No	0	<input type="checkbox"/>		
	Sí	1	<input type="checkbox"/>		

19. ¿Ha tenido usted acidez (una sensación de ardor o incomodidad detrás del esternón 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 último año?

Menos de una vez por mes 1   
Alrededor de una vez por mes 2   
Alrededor de una vez por semana 3   
Varias veces por semana 4   
Todos los días 5

20. ¿Ha tenido usted reflujo ácido (un líquido con sabor amargo o agrio que viene 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 por mes 1   
Alrededor de una vez por mes 2   
Alrededor de una vez por semana 3   
Varias veces por semana 4   
Todos los días 5

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

No 0   
Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares 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 ha dicho un doctor que usted tiene un coágulo de sangre en la vena de su pierna o en el pulmón que requiriera medicina para fluidificar la sangre?

No 0   
Sí 1

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

No 0   
Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares 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 ha dicho un doctor que usted tiene un problema del sueño?**

- No 0  → **GO TO QUESTION 27**  
 Sí 1   
 No sabe 9  → **GO TO QUESTION 27**

**25. ¿Qué problema del sueño le dijo que tiene? (Mark all that apply)**

- a. Insomnio   
 b. Piernas inquietas   
 c. Narcolepsia   
 d. Apnea   
 e. Otro

Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

**26. ¿Alguna vez le han recetado usar una máquina (CPAP o BIPAP, por sus siglas en inglés) o algún dispositivo para usar en su boca para el tratamiento de la apnea del sueño?**

- No 0   
 Sí 1

**27. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que tiene cáncer o un tumor maligno?**

- No 0  → **GO TO QUESTION 27b**  
 Sí 1

27a. ¿De qué tipo? (Mark all that apply)

- a. Pulmón   
 b. Seno   
 c. Cervical   
 d. Sangre/ganglios linfáticos   
 e. Testículos/escroto   
 f. Huesos   
 g. Melanoma   
 h. Piel (no melanoma)   
 i. Cerebro   
 j. Estómago   
 k. Colon   
 l. Uterino   
 m. Próstata   
 n. Otro

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

- 27b. Madre No o No sabe 0  Sí 1   
 27c. Padre No o No sabe 0  Sí 1   
 27d. Hermano(s) o hermana(s) No o No sabe 0  Sí 1

**MEN → STOP, END QUESTIONNAIRE**

**WOMEN → GO TO QUESTION 28**

**FOR WOMEN ONLY**

28. ¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas u otro tipo de medicamento para el control de la natalidad?

No 0   
Sí 1

29. ¿A qué edad comenzó a menstruar?

Edad en años

30. ¿Tiene usted actualmente períodos menstruales?

No 0   
Sí 1   
Incierta 9

31. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

No 0  → **GO TO QUESTION 35**  
Sí 1   
Incierta 9

32. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

Número de embarazos

33. ¿Cuántos de sus bebés nacieron vivos?

Número de nacimientos vivos

34. ¿Está usted embarazada actualmente?

No 0   
Sí 1   
Incierta 9

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

No 0  → **GO TO QUESTION 37**  
Sí, de forma natural 1   
Sí, por cirugía 2   
No está segura 9  → **GO TO QUESTION 37**

36. ¿A qué edad?

Edad en años

37. ¿Ha tenido usted una histerectomía?

No 0  → **GO TO QUESTION 39**  
Sí, han extirpado ambos ovarios 1   
Sí, sin extirpar los ovarios 2   
Sí, pero no está segura si los ovarios fueron extirpados 3

38. ¿A qué edad le hicieron la cirugía?

Edad en años

ID NUMBER:										FORM CODE: MHS VERSION: A 07/20/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

**39. ¿Está usted tomando hormonas actualmente, sin incluir píldoras anticonceptivas?**

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

**40. ¿Son dichos suplementos hormonales? (Dé ejemplos si se necesitan)**

- Solamente estrógeno 1   
 Estrógeno + progesterona 2   
 Combinación de otra hormonas 3

*Si otra combinación por favor, especifique: \_\_\_\_\_*