Supporting Statement A

Attachment 2

OS Participant Questionnaires

OBSERVATIONAL STUDY

PARTICIPANT QUESTIONNAIRES

Medical History Update (English)

Medical History Update (Spanish)

Activities of Daily Life (English)

Activities of Daily Life (Spanish)

Health Follow-Up by Proxy (English)

Health Follow-Up by Proxy (Spanish)

Medication and Supplement Inventory (English)

(Spanish version currently being translated)

Breast Cancer Prevention and Treatment Medications (English)

(Spanish version currently being translated)

Ver. 8.1

OMB #0925-0414 Exp: 5/09

Form 33 - Medical History Update
WHI Extension

MARKING INSTRUCTIONS

- **Use a pencil only.**
- **Darken the circle completely next to the answer you choose.**
- **Erase cleanly any marks you wish to change.**
- **Do not make any stray marks on this form.**

CORRECT MARK ○●○○

INCORRECT MARKS ✓ ✗ ◒ ⊙

This form asks about any health problems and health care since:

_____ month ___ day ,-20 ___ year

Do not report hospital admissions, medical problems or tests that happened before this date. However, if you are not sure of the date and don't think that you have reported the problem to us before, please do answer the questions about that problem.

OFFICE USE ONLY

1. Date Received: ___-___-___ Month Day Year

2. Reviewed By: ___-___

AFFIX LABEL BETWEEN LINES
BAR CODE HERE

3. Contact Type:
   - ○1 Phone
   - ○2 Mail
   - ○8 Other

4. Visit Type:
   - ○3 Annual
   - ○4 Non-Routine

○ FCA ○ OU1 ○ OU2

5. Language: ●1 E ○2 S

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ SERIAL #

PLEASE MAKE NO MARKS IN THIS AREA

1. First, please tell us who is completing this form:

○ 1 Women's Health Initiative (WHI) Extension Study participant (self)
○ 2 Family or friend of WHI Extension Study participant
○ 3 Health care provider for WHI Extension Study participant
○ 8 Other **(Specify):**_____

2. Since the date on the front of this form, have you been admitted to a hospital for a stay of **2 nights or more?**

○ 0 No ○ 1 Yes

3. Since the date on the front of this form, have you been **diagnosed or treated** because of heart problems, blocked or narrowed blood vessels, stroke or other problems with your blood circulation (for example, blood clots in the legs or lungs)?

○ 0 No → Go to Question 4 on the next page.
○ 1 Yes

3.1. For which of the following heart or circulation problems were you diagnosed or treated? **(Mark all that apply.)**

○ 1 Heart attack (coronary, myocardial infarction or MI)
○ 2 Heart failure (congestive heart failure or CHF)
○ 3 Chest pain from a heart problem (angina)
○ 4 Heart bypass operation (coronary bypass surgery or CABG)
○ 5 Procedure to unblock narrowed vessels to your heart (opening the arteries of the heart with a balloon or other device, sometimes called a PTCA, coronary angioplasty, coronary stent, or laser)
○ 6 Stroke
○ 7 Transient ischemic attack (TIA)
○ 8 Procedure or operation to unblock narrowed blood vessels in your neck (carotid endarterectomy, carotid angioplasty, or carotid stent)
○ 9 Blood clots in your legs (deep vein thrombosis or DVT)
○ 10 Blood clots in your lungs (pulmonary embolism or PE)
○ 11 Poor blood circulation or blocked or narrowed blood vessels to your legs or feet (claudication, peripheral arterial disease, gangrene, or Buerger's disease)
○ 88 Other heart or circulation problems

3.2. For any item marked above, were you admitted to a hospital for at least one night?

○ 0 No ○ 1 Yes

Please Go On to the Next Page

4. Since the date on the front of this form, has a doctor told you for the first time that you have a new cancer or malignant tumor?

○ 0 No ○ 1 Yes

4.1. What type of cancer? **(Mark all that apply.)**

- ○ 1 Skin cancer (not melanoma)
- ○ 8 Other cancer or malignant tumor

5. Since the date on the front of this form, has a doctor told you for the first time that you have a new broken, fractured, or crushed bone?

○ 0 No ○ 1 Yes

5.1. Which bone(s) did you break, fracture, or crush? **(Mark all that apply.)**

- ○ 1 Hip
- ○ 2 Upper leg (not hip)
- ○ 3 Pelvis
- ○ 4 Knee (patella)
- ○ 5 Lower leg or ankle
- ○ 6 Foot (not toe)
- ○ 7 Tailbone (coccyx)
- ○ 8 Spine or back (vertebra)
- ○ 9 Lower arm or wrist
- ○ 10 Hand (not finger)
- ○ 11 Elbow
- ○ 12 Upper arm or shoulder
- ○ 13 Jaw, nose, face, and/or skull
- ○ 14 Finger or toe
- ○ 15 Ribs and/or chest or breast bone
- ○ 16 Cervical spine/neck
- ○ 88 Other **(Specify):**_____

_____

6. Since the date on the front of this form, has a doctor prescribed for the first time any of the following pills or treatments? **(Mark all that apply. If none apply, mark "None.")**

- ○ 1 Pills for diabetes
- ○ 2 Insulin shots for diabetes
- ○ 3 Diet and/or physical activity for diabetes
- ○ 4 Pills for high blood pressure or hypertension
- ○ 5 Treatment for depression (pills or therapy)
- ○ 6 Treatment for anxiety, panic, or phobia (pills or therapy)
- ○ 7 Pills for osteoporosis other than calcium supplements
- ○ 8 Calcium supplements for osteoporosis
- ○ 9 Pills for high cholesterol
- ○ 10 Estrogen or estrogen combination pills
- ○ 99 **None** I have not been prescribed any of the pills or treatments listed in either column in Question 6 since the date on the front of this form.

Please Go On to the Next Page

7. Since the date on the front of this form, has a doctor told you for the first time that you have any of the following specific conditions? **(Mark all that apply. If none apply, mark "None.")**

- ○ 1 Osteoarthritis or arthritis associated with aging
- ○ 2 Intestine or colon polyps or adenomas
- ○ 3 Systemic lupus erythematosus (lupus)
- ○ 4 Macular degeneration
- ○ 5 Parkinson's disease
- ○ 6 Moderate or severe memory problems (for example, dementia or Alzheimer's).

○ 99 **None**
I have not had any of the conditions listed in Question 7 since the date on the front of this form.

8. Since the date on the front of this form, which of the following exams, tests, or procedures have you had done by a healthcare professional? **(Mark all that apply. If none apply, mark "None.")**

- ○ 1 Breast exam
- ○ 2 Mammogram
- ○ 3 Test of breast tissue or fluid for disease (breast biopsy or aspiration)
- ○ 4 Other breast examination tests such as MRI or ultrasound
- ○ 5 Rectal exam
- ○ 6 Test for the presence of blood in your stool or bowel movement (hemoccult, guaiac)
- ○ 7 Tube inserted into your bowel to check for bowel problems (sigmoidoscopy, flex. sig., or colonoscopy)
- ○ 8 Barium enema X-ray
- ○ 9 Dilation and Curettage (D & C, womb scrape)
- ○ 10 Removal of the uterus or womb (hysterectomy)
- ○ 11 Endometrial biopsy
- ○ 12 Bone density scan (e.g., DEXA)

○ 99 **None**
I have not had any of the exams, tests, or procedures listed in either column in Question 8 since the date on the front of this form.

9. What is the date that you finished answering this form? (Write the date in the space provided and mark the corresponding bubbles below.)

Month ___ Day ___ Year ___

Please mark only one bubble per line:

Month 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Day 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Year 05 06 07 08 09 10

Use this space if you have additional information about your answers on this form.

SERIAL #

PLEASE MAKE NO MARKS IN THIS AREA

GPO U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2006–576-258/40045

Form 33S - Actualización del Historial Clínico Extensión de WHI

INSTRUCCIONES SOBRE COMO RESPONDER

- **Solamente utilice un lápiz.**
- **Marque completamente negro el círculo que pertenece a la respuesta que Ud. elige.**
- **Borre completamente cualquier repuesta que desea cambiar.**
- **No haga marcas o rayas adicionales en este formulario.**

CORRECTA ○●○○

MARCAS INCORRECTAS ✓ ✗ ◒ •

Este formulario le pregunta sobre cualquier problema de la salud y el cuidado de su salud desde:

_____ mes ___ día -20 ___ año

<u>No</u> informe sobre estancias en hospitales, ni problemas ni exámenes médicos que hayan ocurrido antes de esta fecha. Sin embargo, si no está segura de la fecha y no cree que nos haya avisado del problema antes, favor de contestar las siguientes preguntas sobre ese problema.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

1. **Date Received:** ___-___-___ Month Day Year

2. **Reviewed By:** ___-___

3. **Contact Type:**
   - ○1 Phone
   - ○2 Mail
   - ○8 Other

4. **Visit Type:**
   - ○3 Annual
   - ○4 Non-routine

5. **Language:** ○1 E ●2 S

○ FCA ○ OU1 ○ OU2

AFFIX LABEL BETWEEN LINES
BAR CODE HERE

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area.

1. Primero, díganos quién completa este formulario:

   ◯ 1 Participante del Estudio de Extensión de La Mujer y su Salud (WHI) (usted misma)
   ◯ 2 Familiar o amigo(a) de la participante del Estudio de Extensión de la WHI
   ◯ 3 Proveedor de cuidados médicos de la participante del Estudio de Extensión de la WHI
   ◯ 8 Otro **(especifíquelo):** _____

2. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha estado ingresada en un hospital para una permanencia de **2 noches o más**?

   ◯ 0 No ◯ 1 Sí

3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han **diagnosticado o recibió tratamiento** por problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechos, apoplejías u otros problemas de circulación sanguínea (por ejemplo, coágulos de sangre en las piernas o en los pulmones)?

   ◯ 0 No → Pase a la Pregunta 4 de la página siguiente.
   ◯ 1 Sí

   3.1. ¿Para cuáles de los problemas cardíacos o de circulación recibió un diagnóstico o tratamiento? **(Marque todas las que correspondan.)**

   ◯ 1 Ataque cardíaco (coronario, infarto de miocardio o myocardial infarction, MI)
   ◯ 2 Insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva o congestive heart failure, CHF)
   ◯ 3 Dolor en el pecho por un problema cardíaco (angina)
   ◯ 4 Operación de bypass cardíaco (cirugía de bypass coronario o coronary bypass surgery, CABG)
   ◯ 5 Procedimiento para desobstruir vasos estrechos hacia el corazón (apertura de las arterias cardíacas con un globo u otro dispositivo, a veces llamado PTCA, angioplastia coronaria, endoprótesis coronaria o láser)
   ◯ 6 Apoplejía
   ◯ 7 Ataque isquémico transitorio (transient ischemic attack, TIA)
   ◯ 8 Procedimiento u operación para desobstruir vasos sanguíneos estrechos en el cuello (endarterectomía de carótida, angioplastia de carótida o endoprótesis de carótida)
   ◯ 9 Coágulos de sangre en las piernas (trombosis de vena profunda o deep vein thrombosis, DVT)
   ◯ 10 Coágulos de sangre en los pulmones (embolia pulmonar o pulmonary embolism, PE)
   ◯ 11 Circulación sanguínea deficiente o vasos sanguíneos estrechos u obstruidos hacia las piernas o pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, gangrena, o mal de Buerger)
   ◯ 88 Otros problemas de corazón o circulación

   3.2. Para cualquiera de las opciones marcadas arriba, ¿fue hospitalizado(a) durante al menos 1 noche?

   ◯ 0 No ◯ 1 Sí

Pase a la siguiente página

4. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado un doctor, por primera vez, que tiene un nuevo cáncer o tumor maligno?

○ 0 No ○ 1 Sí

4.1. ¿Qué tipo de cáncer? **(Marque todos los que correspondan.)**

- ○ 1 Cáncer de piel (sin contar el melanoma)
- ○ 8 Otro tipo de cáncer o tumor maligno

5. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado el médico, por primera vez, que tiene un nuevo hueso quebrado, fracturado, o aplastado?

○ 0 No ○ 1 Sí

5.1. ¿Qué hueso o huesos se quebró, aplastó, o fracturó? **(Marque todas las que correspondan.)**

- ○ 1 Cadera
- ○ 2 Pierna superior (sin contar la cadera)
- ○ 3 Pelvis
- ○ 4 Rodilla (rótula)
- ○ 5 Pierna inferior o tobillo
- ○ 6 Pie (sin contar los dedos)
- ○ 7 Hueso de la cola (cóccix)
- ○ 8 Columna o espalda (vértebra)
- ○ 9 Brazo inferior o muñeca
- ○ 10 Mano (sin contar los dedos)
- ○ 11 Codo
- ○ 12 Brazo superior u hombro
- ○ 13 Mandíbula, nariz, rostro o cráneo
- ○ 14 Dedo de la mano o el pie
- ○ 15 Costillas o hueso del tórax o pecho
- ○ 16 Columna cervical/cuello
- ○ 88 Otro **(especifíquelo):** _____

_____

6. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha recetado algún médico, por primera vez, alguna de las siguientes píldoras o tratamientos? **(Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "Ninguno(a).")**

- ○ 1 Píldoras para la diabetes
- ○ 2 Inyecciones de insulina para la diabetes
- ○ 3 Dieta o actividad física para la diabetes
- ○ 4 Píldoras para la presión arterial alta o hipertensión
- ○ 5 Tratamiento para la depresión (píldoras o terapia)
- ○ 6 Tratamiento para la ansiedad, pánico, o fobia (píldoras o terapia)
- ○ 7 Píldoras para la osteoporosis que no sean suplementos de calcio
- ○ 8 Suplementos de calcio para la osteoporosis
- ○ 9 Píldoras para el colesterol alto
- ○ 10 Píldoras de estrógenos o combinación de estrógenos
- ○ 99 **Ninguno(a)**
  No me han recetado ninguna de las píldoras o tratamientos que se indican en cualquiera de las columnas de la Pregunta 6 desde la fecha que aparece en la portada del formulario.

Pase a la siguiente página

7. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le ha informado un médico, por primera vez, que tiene alguna de las siguientes condiciones específicas? **(Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "Ninguno(a).")**

- ◯ 1 Osteoartritis o artritis asociadas con el envejecimiento
- ◯ 2 Pólipos o adenomas del intestino o colon
- ◯ 3 Lupus eritematoso sistémico (lupus)
- ◯ 4 Degeneración macular
- ◯ 5 Mal de Parkinson
- ◯ 6 Problemas de memoria moderados o severos (por ejemplo, demencia o mal de Alzheimer).

◯ 99 **Ninguno(a)**
No he tenido ninguna de las afecciones que se enumeran en la Pregunta 7 desde la fecha que aparece en la portada del formulario.

8. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿cuáles de los siguientes exámenes, análisis, o procedimientos le realizó un médico o enfermera? **(Marque todos los que correspondan. Si no corresponde, marque "Ninguno(a).")**

- ◯ 1 Exámen del seno
- ◯ 2 Mamograma
- ◯ 3 Exámen de los tejidos o fluidos del seno para detectar alguna enfermedad (biopsia o aspiración del seno)
- ◯ 4 Otros exámenes del seno tales como MRI o ultrasonido
- ◯ 5 Examen rectal
- ◯ 6 Análisis para detectar la presencia de sangre en las heces o movimientos intestinales (hemoccult, guayaco bacteriológico)
- ◯ 7 Tubo introducido en el recto para detectar problemas intestinales (sigmoidoscopía, sigmoidoscopía flexible, o colonoscopía)
- ◯ 8 Rayos X a base de un enema de bario
- ◯ 9 Dilatación y Legrado (D & C, raspado del interior del útero o matriz)
- ◯ 10 Extirpación del útero o matriz (histerectomía)
- ◯ 11 Biopsia endométrica
- ◯ 12 Barrido de densidad ósea (por ej., DEXA)

◯ 99 **Ninguno(a)** Nunca me han hecho ninguno de los exámenes, análisis, o procedimientos que se enumeran en cualquiera de las columnas de la Pregunta 8 desde la fecha citada en la portada de este formulario.

9. ¿En qué fecha completó usted este formulario? (Escriba la fecha en el espacio provisto y marque las burbujas correspondientes abajo.)

|__|__|-|__|__|-|__|__|
mes día año

Por favor marque solamente un círculo por línea.

Mes ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫

Día ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛

Año 05 06 07 08 09 10

Use este espacio si tiene información adicional en cuanto a sus respuestas en este formulario:

SERIAL #

Por favor, no haga ninguna marca en esta area.

Date Received: ___-___-___ (M/D/Y) Reviewed By: ___-___	**- Affix label here-** Participant ID: __ __ __ __ - ___ ___ ___ - __ First Name _____M.I._____ Last Name _____
Contact Type: ☐ 1 Phone ☐ 2 Mail ☐ 8 Other Visit Type: ☐ 3 Annual ☐ 4 Non-Routine	
OFFICE USE ONLY	

In *Form 33 - Medical History Update*, you said you had some medical problems that are important for us to know about in more detail.

The questions on this form ask about hospital admissions, medical problems, and medical tests that you have had since:

_____	___, **20**___
month	day year

Do <u>not</u> report hospital admissions, medical problems, or tests that happened before this date. However, if you are not sure of the date and don't think that you have reported the problem to us before, please do answer the questions about that problem.

1. First, please tell us who is completing this form:

   ☐ 1 Women's Health Initiative (WHI) Extension Study participant (self)
   ☐ 2 Family or friend of WHI Extension Study participant
   ☐ 3 Health care provider for WHI Extension Study participant
   ☐ 8 Other **(Specify):**_____

   _____

   → Please answer the following questions <u>about</u> the WHI Extension Study participant.

Go to the next page.

Information on New Broken, Fractured, or Crushed Bone

2. Since the date on the front of this form, has a doctor told you that you had a broken, fractured, or crushed **hip** or **upper leg** bone?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 3 on the next page.**

↓

2.1 Where was the fracture? **(Mark all that apply.)**

☐1 Hip

☐2 Upper leg

2.2. Was this broken, fractured, or crushed hip or upper leg bone first diagnosed or treated during a hospital stay?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 2.6 below.**

↓

2.3. What is the name, address, and phone number of the medical facility where you were treated for the broken, fractured, or crushed hip or upper leg bone?

Place name: _____

Street address: _____

_____

City State Zip Code

Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

2.4. Date you entered the hospital: ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋
month day year

2.5. Date you left the hospital: ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋
month day year

2.6. Was an X-ray or imaging scan (MRI) taken to diagnose the broken, fractured, or crushed hip or upper leg bone?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 3 on the next page.**

↓

2.7. Where was your X-ray or imaging scan (MRI) taken?

Place name: _____

Street address: _____

_____

City State Zip Code

Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 2.3

2.8. What was the date of the visit? **(If you had more than one visit, give the date of the first visit.)** ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋
month day year

Information on New Cancers or Malignant Tumors

3. Since the date on the front of this form, has a doctor told you that you have a new cancer or malignant growth or tumor? **(Do not include benign tumors or cancers first diagnosed before the date on the front of this form.)**

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 4 on page 5.**

3.1. What kind of cancer or malignant tumor was it? **(Mark all that apply.)**

- ☐1 Breast
- ☐2 Ovary
- ☐3 Endometrium (lining of the uterus or womb)
- ☐4 Cervix (opening to the uterus or womb)
- ☐5 Colon, rectum, bowel, or intestine
- ☐6 Skin cancer **(not melanoma)**
- ☐7 Melanoma
- ☐8 Lung
- ☐9 Liver
- ☐10 Bone
- ☐11 Lymphoma or Hodgkin's disease
- ☐12 Leukemia
- ☐13 Meningioma
- ☐88 Other cancer or malignant tumor **(Specify):** _____

If you have checked more than one new cancer or malignant tumor above, write the medical provider information below for the first cancer you were treated for.

If additional cancer sites were treated at different medical facilities, record the additional provider information in the comments section on the last page.

3.2. Was this cancer or malignant tumor diagnosed or treated during a hospital stay of one or more nights?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 3.6 on the next page.**

3.3. What is the name, address, and phone number of the place where the medical records of the cancer are kept?

Place name: _____

Street address: _____

_____

City State Zip Code

Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID

3.4. Date you entered the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

3.5. Date you left the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

Go to the next page.

3.6. What is the date when your cancer or malignant tumor was first diagnosed? ___ - ___ - ___
month day year

3.7. What is the name, address, and phone number of the place where your cancer or malignant tumor was first diagnosed?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID
____
Do not key enter if identical to provider ID in 3.3

3.8. What is the name, address, and phone number of the place where any other tests or procedures for your cancer or malignant tumor were done?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID
____
Do not key enter if identical to provider ID in 3.3 or 3.7

Go to the next page.

Information on Hysterectomy

4. Since the date on the front of this form, have you had a hysterectomy (operation to remove the uterus or womb)?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 5 on the next page.**

↓

4.1. What was the date of the operation? ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋
month day year

4.2. What is the name, address, and phone number of the place where the operation was done?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID
⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋

4.3. What is the name of the doctor who did the operation?

Doctor's name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID
⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 4.2

Go to the next page.

Information on heart problems, blocked or narrowed blood vessels, stroke, blood clots in the legs or lungs, and other blood circulation problems or related operations and/or procedures.

5. Since the date on the front of this form, have you been diagnosed or treated for heart problems, blocked or narrowed blood vessels, stroke, or other problems with your blood circulation (for example, blood clots in your legs or lungs)?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 9 on page 10.**

5.1. Since the date on the front of this form, was this heart problem, blocked or narrowed blood vessels, stroke, or other problems with your circulation (for example, blood clots in your legs or lungs) diagnosed or treated during a hospital stay of **one or more nights**?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 6 on page 8.**

5.2. For which of the following heart or circulation problems or procedures were you admitted? **(Mark all that apply.)**

☐1 Heart attack (coronary, myocardial infarction or MI)

☐2 Heart bypass operation (coronary bypass surgery or CABG)

☐3 Procedure to unblock narrowed vessels to your heart (opening the arteries of the heart with a balloon or other device, sometimes called a PTCA, coronary angioplasty, coronary stent, or laser)

☐4 Procedure or operation to unblock narrowed blood vessels in your neck (carotid endarterectomy, carotid angioplasty, or carotid stent)

☐5 Stroke

☐6 Blood clots in your legs (deep vein thrombosis or DVT)

☐7 Blood clots in your lungs (pulmonary embolism or PE)

☐8 Poor blood circulation or blocked or narrowed blood vessels to your legs or feet (claudication, peripheral arterial disease, gangrene, or Buerger's disease)

☐88 Other heart or circulation problems

Go to the next page.

Please give the details of the first two hospital stay(s) where you were admitted for the heart problems, blocked or narrowed blood vessels, stroke, blood clots in the legs (DVT) or lungs (PE), or other blood circulation problems since the date on the front of this form.

Record additional provider information in the comments section on the last page.

5.3. **First hospital admission of one or more nights for heart or circulation problems or procedures.**

Hospital name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID

5.4. Date you entered the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

5.5. Date you left the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

5.6. **Second hospital admission of one or more nights for heart or circulation problems or procedures.**

Hospital name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID

5.7. Date you entered the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

5.8. Date you left the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

Go to the next page.

Heart, Stroke, Blood Clots in the Legs (DVT) (Outpatient)

6. Since the date on the front of this form, have you ever been treated by a doctor or a nurse **with shots at home or as an outpatient (usually followed by blood thinning pills such as Coumadin or warfarin)** for blood clots in your legs, called deep vein thrombosis or DVT?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 7 on the next page.**

↓

6.1. On what date did the shots start (shots such as as Lovenox, Arixtra, or heparin)? ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
month day year

6.2. What is the name, address, and phone number of the doctor who treated you for blood clots in your leg?

Doctor's name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID ☐☐☐☐

6.3. Since the date on the front of this form, have you ever had **outpatient** test(s) performed for blood clots in your legs (called deep vein thrombosis or DVT)?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 7 on the next page.**

↓

6.4. On what date was the test performed? ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
month day year

6.5. What is the name, address, and phone number of the place where you had the outpatient test performed for blood clots in your legs?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID ☐☐☐☐
Do not key enter if identical to provider ID in 6.2.

Go to the next page.

7. Since the date on the front of this form, have you been diagnosed or treated as an **outpatient** for a stroke?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 8 below.**

7.1. What was the date you were diagnosed or treated? ___ - ___ - ___
month day year

7.2. What is the name, address, and phone number of the place where you were first diagnosed or treated for a stroke?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID
____

8. Since the date on the front of this form, have you had an **outpatient or day surgery procedure** to unblock narrowed vessels to your heart (opening the arteries of the heart with a balloon or other device, sometimes called a PTCA, coronary angioplasty, coronary stent, or laser)?

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 9 on the next page.**

8.1. What was the date of the procedure or surgery? ___ - ___ - ___
month day year

8.2. What is the name, address, and phone number of the place where the procedure or surgery was performed?

Place name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID
____

Go to the next page.

Hospital Stay of Two or More Nights and Not Already Reported on this Form.

9. Since the date on the front of this form, have you been admitted to the hospital for **two or more nights**? (Do not include an overnight stay that you have already reported on this form.)

☐1 Yes ☐0 No → **Go to Question 10 on the last page.**

Please give the details of the first three hospital stays where you were admitted for two or more nights since the date on the front of this form.

Please record additional provider information in the comments section on the last page.

9.1. First hospital admission of **two or more nights**.

Hospital name: _____

Street address: _____

_____

City State Zip Code

Phone number: ( )_____

Office Use Only
Provider ID
|_|_|_|_|

9.2. Date you entered the hospital: |_|_| - |_|_| - |_|_|
month day year

9.3. Date you left the hospital: |_|_| - |_|_| - |_|_|
month day year

9.4. Reason for this hospital admission: **(Mark all that apply.)**

☐1 Non cancer gynecologic surgeries: e.g., bladder suspension, vaginal/uterine/rectal prolapse, stress incontinence
☐2 Gallbladder attack or gallbladder surgery
☐3 Cataract surgery
☐4 Joint repair or replacement
☐88 Other reasons: (Specify) _____

9.5. ☐5 Office use only

Go to the next page.

9.6. Second hospital admission of **two or more nights**.

Hospital name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID

9.7. Date you entered the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

9.8. Date you left the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

9.9. Reason for this hospital admission: **(Mark all that apply.)**

- ☐ 1 Non cancer gynecologic surgeries: e.g., bladder suspension, vaginal/uterine/rectal prolapse, stress incontinence
- ☐ 2 Gallbladder attack or gallbladder surgery
- ☐ 3 Cataract surgery
- ☐ 4 Joint repair or replacement
- ☐ 88 Other reasons: (Specify) _____

9.10. ☐ 5 Office use only

9.11. Third hospital admission of **two or more nights**.

Hospital name: _____
Street address: _____
_____
City State Zip Code
Phone number: ( ) _____

Office Use Only
Provider ID

9.12. Date you entered the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

9.13. Date you left the hospital: ___ - ___ - ___
month day year

9.14. Reason for this hospital admission: **(Mark all that apply.)**

- ☐ 1 Non cancer gynecologic surgeries: e.g., bladder suspension, vaginal/uterine/rectal prolapse, stress incontinence
- ☐ 2 Gallbladder attack or gallbladder surgery
- ☐ 3 Cataract surgery
- ☐ 4 Joint repair or replacement
- ☐ 88 Other reasons: (Specify) _____

9.15. ☐ 5 Office use only

Go to the next page.

10. What was the date that you finished answering this form? ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋
month day year

Please report comments and additional provider information below.

**Thank you. Please take a moment to review any questions you may have missed.
Feel free to write any comments above.**

Date received: ⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋ (M/D/Y) Reviewed by: ⌊__⌋⌊__⌋-⌊__⌋⌊__⌋⌊__⌋	**- Affix label here-** Participant ID: __ __ __ __ - ___ ___ ___ - __ First Name _____M.I. _____ Last Name _____

Contact type:	☐ 1 Phone ☐ 2 Mail ☐ 8 Other	Visit Type:	☐ 3 Annual ☐ 4 Non-Routine	

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

En el *Formulario 33S - Actualización del Historial Clínico*, usted indicó que ha tenido algunos problemas médicos sobre los cuales es importante que nos informe en más detalle.

Este formulario incluye preguntas acerca de las estadías en el hospital, problemas médicos, y exámenes médicos que hayan tenido lugar desde:

mes	día	año
_____	⌊__⌋ **de**	**20** ⌊__⌋

<u>No</u> informe sobre estadías en el hospital, problemas médicos, ni exámenes que hayan tenido lugar antes de esta fecha. Sin embargo, si no está segura de la fecha y cree que no nos ha informado del problema anteriormente, responda las siguientes preguntas sobre ese problema.

1. En primer lugar, díganos quién completa este formulario:

   ☐ 1 Participante del Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud (WHI) (usted misma)

   ☐ 2 Familiar o amigo de la participante del Estudio de Extensión de WHI

   ☐ 3 Proveedor de cuidados de la salud de la participante del Estudio de Extensión de WHI

   ☐ 8 Otro **(Especifique):**_____

   _____

   → Responda las siguientes preguntas <u>acerca de la</u> participante del Estudio de Extensión de WHI.

Información sobre el hueso de la cadera quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento

2. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿algún médico le ha informado que tenía un hueso de la **cadera** o de la **parte superior de la pierna** quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

☐1 Sí ☐0 No **Pase a la Pregunta 3 en la siguiente página.**

2.1 ¿Dónde fue la fractura? **(Marque todas las que correspondan.)**

☐1 Cadera

☐2 Parte superior de la pierna

2.2. ¿Este hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento fue diagnosticado o tratado por primera vez durante una estadía en el hospital?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 2.6 a continuación.**

2.3. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del centro médico donde recibió tratamiento para el hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

2.4. Fecha en la que ingresó en el hospital: ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_
mes día año

2.5. Fecha en la que salió del hospital: ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_
mes día año

2.6. ¿Le realizaron una radiografía o un estudio de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética) para diagnosticar el hueso de la cadera o de la parte superior de la pierna quebrado, fracturado, o con fractura por aplastamiento?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 3 en la siguiente página.**

2.7. ¿Dónde le realizaron la radiografía o el estudio de diagnóstico por imágenes (resonancia magnética)?

Nombre del lugar: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 2.3

2.8. ¿En qué fecha realizó la visita? **(Si tuvo más de una visita, proporcione la fecha de la primera visita).** ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_
mes día año

Información sobre nuevos cánceres o tumores malignos

3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿algún médico le ha informado que tiene un nuevo cáncer o tumor maligno? **(No incluya los cánceres ni los tumores benignos diagnosticados por primera vez antes de la fecha que figura en la portada de este formulario).**

☐ 1 Sí ☐ 0 No → **Pase a la Pregunta 4 en la página 5.**

3.1. ¿Qué tipo de cáncer o tumor maligno era? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

- ☐ 1 Del seno
- ☐ 2 De ovario
- ☐ 3 Del endometrio (recubrimiento del útero)
- ☐ 4 Cuello uterino (abertura del útero o matriz)
- ☐ 5 Colon, recto, o intestino
- ☐ 6 Cáncer de piel **(sin incluir el melanoma)**
- ☐ 7 Melanoma
- ☐ 8 De pulmón
- ☐ 9 Hepático
- ☐ 10 De hueso
- ☐ 11 Linfoma o enfermedad de Hodgkin
- ☐ 12 Leucemia
- ☐ 13 Meningioma
- ☐ 88 Otro tipo de cáncer o tumor maligno **(Especifique):**_____
  _____

Si marcó más de un nuevo cáncer o tumor maligno, escriba a continuación la información del proveedor médico correspondiente al primer cáncer para el que recibió tratamiento.

Si recibió tratamiento para otros cánceres en otros centros médicos, incluya la información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

3.2. ¿Este cáncer o tumor maligno fue diagnosticado o tratado durante una estadía en el hospital de una o más noches?

☐ 1 Sí ☐ 0 No → **Pase a la Pregunta 3.6 en la siguiente página.**

3.3. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se conservan sus registros médicos del cáncer?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

3.4. Fecha en la que ingresó en el hospital: ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_
mes día año

3.5. Fecha en la que salió del hospital: ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_ - ⌊_⌊_
mes día año

3.6. ¿En qué fecha le diagnosticaron el cáncer o tumor maligno por primera vez? ⌊__⌋ - ⌊__⌋ - ⌊__⌋
mes día año

3.7. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde le diagnosticaron el cáncer o tumor maligno por primera vez?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊__⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 3.3

3.8. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se realizaron otros exámenes o procedimientos relacionados con su cáncer o tumor maligno?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊__⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 3.3 or 3.7

Información sobre histerectomía

4. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han realizado una histerectomía (operación para extraer el útero o la matriz)?

☐$_1$ Sí ☐$_0$ No → **Pase a la Pregunta 5 en la siguiente página.**

↓

4.1. ¿En qué fecha se realizó la operación? ⌊__⌋ - ⌊__⌋ - ⌊__⌋
mes día año

4.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde se realizó la operación?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

4.3. ¿Cuál es el nombre del médico que realizó la operación?

Nombre del médico: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
Do not key enter if identical to provider ID in 4.2

Información sobre problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones, otros problemas de circulación sanguínea u operaciones o procedimientos relacionados.

5. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han diagnosticado o recibió tratamiento por problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía u otros problemas de circulación sanguínea (por ejemplo, coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones)?

☐ 1 Sí ☐ 0 No → **Pase a la Pregunta 9 en la página 10.**

5.1. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿este problema cardíaco, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía u otro problema de circulación (por ejemplo, coágulos sanguíneos en las piernas o los pulmones) fue diagnosticado o tratado durante una estadía en el hospital de **una o más noches**?

☐ 1 Sí ☐ 0 No → **Pase a la Pregunta 6 en la página 8.**

5.2. ¿Por cuáles de los siguientes problemas o procedimientos cardíacos o de circulación fue admitida? **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

☐ 1 Ataque cardíaco (coronario, infarto de miocardio o MI)

☐ 2 Operación de derivación cardíaca (cirugía de derivación coronaria, o CABG)

☐ 3 Procedimiento para desobstruir vasos estrechados que se dirigen al corazón (apertura de las arterias del corazón con un balón u otro dispositivo, algunas veces llamada PTCA, angioplastia coronaria, stent coronario, o láser)

☐ 4 Procedimiento u operación para desobstruir vasos sanguíneos estrechados del cuello (endarterectomía carotídea, angioplastia carotídea, o stent carotídeo)

☐ 5 Ataque de apoplejía

☐ 6 Coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis venosa profunda o DVT)

☐ 7 Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar o PE)

☐ 8 Mala circulación sanguínea, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados que se dirigen a las piernas o los pies (claudicación, enfermedad arterial periférica, gangrena, o enfermedad de Buerger)

☐ 88 Otros problemas cardíacos o de circulación

Pase a la siguiente página.

Proporcione los detalles de las dos primeras estadías en el hospital en el que la admitieron por problemas cardíacos, vasos sanguíneos obstruidos o estrechados, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas (DVT) o los pulmones (PE) o por otros problemas de circulación sanguínea, desde la fecha citada en la portada de este formulario.

Incluya información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

5.3. **Primera estadía en el hospital de una o más noches por problemas o procedimientos cardíacos o de circulación.**

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

5.4. Fecha en la que ingresó en el hospital: ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋
mes día año

5.5. Fecha en la que salió del hospital: ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋
mes día año

5.6. **Segunda estadía en el hospital de una o más noches por problemas o procedimientos cardíacos o de circulación.**

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

5.7. Fecha en la que ingresó en el hospital: ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋
mes día año

5.8. Fecha en la que salió del hospital: ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋
mes día año

Problemas cardíacos, ataque de apoplejía, coágulos sanguíneos en las piernas (DVT)
(Pacientes ambulatorios)

6. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿alguna vez algún médico o enfermero **le ha aplicado inyecciones en el hogar o como paciente ambulatorio (seguidas normalmente de píldoras que diluyen la sangre, como el Coumadin o la warfarina)** para tratar coágulos sanguíneos en las piernas, afección que se conoce como trombosis venosa profunda o DVT?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**

6.1. ¿En qué fecha comenzaron las inyecciones (como Lovenox, Arixtra, o heparina)? ___ - ___ - ___
mes día año

6.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del médico que le brindó tratamiento para los coágulos sanguíneos en las piernas?

Nombre del médico: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
___

6.3. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿alguna vez le han realizado exámenes **ambulatorios** para determinar la presencia de coágulos sanguíneos en las piernas (afección que se conoce como trombosis venosa profunda o DVT)?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**

6.4. ¿En qué fecha se realizó el examen? ___ - ___ - ___
mes día año

6.5. ¿Cuál es el nombre, la dirección, y el número de teléfono del lugar donde le realizaron el examen ambulatorio para determinar la presencia de coágulos sanguíneos en las piernas?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal
Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
___
Do not key enter if identical to provider ID in 6.2

7. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han diagnosticado un ataque de apoplejía o recibió tratamiento como **paciente ambulatorio** por un ataque de apoplejía?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 8 a continuación.**

↓

7.1. ¿En qué fecha le diagnosticaron la afección o recibió tratamiento? ___ - ___ - ___
mes día año

7.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde le diagnosticaron el ataque de apoplejía o recibió tratamiento por un ataque de apoplejía por primera vez?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
____

8. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿le han realizado un **procedimiento ambulatorio o una cirugía de día** para desbloquear vasos estrechados que se dirigen a su corazón (apertura de las arterias del corazón con un balón u otro dispositivo, a veces llamada PTCA, angioplastia coronaria, stent coronario, o láser)?

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 9 en la siguiente página.**

↓

8.1. ¿En qué fecha se realizó el procedimiento o la cirugía? ___ - ___ - ___
mes día año

8.2. ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde se realizó el procedimiento o la cirugía?

Nombre del lugar: _____
Dirección: _____
_____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
____

Estadía en el Hospital de Dos o Más Noches y Que Aún No se ha Informada en este Formulario.

9. Desde la fecha citada en la portada de este formulario, ¿ha sido admitida en el hospital por **dos o más noches**? (No incluya una estadía de una noche que ya haya informado en este formulario.)

☐1 Sí ☐0 No → **Pase a la Pregunta 10 en la última página.**

Proporcione detalles de las tres primeras estadías en el hospital en las que haya sido admitida por dos o más noches, desde la fecha citada en la portada de este formulario.

Incluya información adicional sobre el proveedor en la sección de comentarios en la última página.

9.1. Primera estadía en el hospital de dos o más noches.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( ) _____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID
⌊_⌊_⌊_⌊_⌊_⌋

9.2. Fecha en la que ingresó en el hospital: ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋
mes día año

9.3. Fecha en la que salió del hospital: ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋ - ⌊_⌊_⌋
mes día año

9.4. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan.)**

☐1 Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés

☐2 Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar

☐3 Cirugía de cataratas

☐4 Reparación o reemplazo articular

☐88 Otras razones: **(Especifique)** _____

9.5. ☐5 For Office Use Only

9.6. Segunda estadía en el hospital de **dos o más noches**.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID

9.7. Fecha en la que ingresó en el hospital: ___ - ___ - ___
mes día año

9.8. Fecha en la que salió del hospital: ___ - ___ - ___
mes día año

9.9. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- ☐ 1 Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés
- ☐ 2 Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar
- ☐ 3 Cirugía de cataratas
- ☐ 4 Reparación o reemplazo articular
- ☐ 88 Otras razones: **(Especifique)** _____

9.10. ☐ 5 For Office Use Only

9.11. Tercera estadía en el hospital de **dos o más noches**.

Nombre del hospital: _____

Dirección: _____

_____

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: ( )_____

Para Uso Exlusivo de la Oficina
Provider ID

9.12. Fecha en la que ingresó en el hospital: ___ - ___ - ___
mes día año

9.13. Fecha en la que salió del hospital: ___ - ___ - ___
mes día año

9.14. Razón de esta estadía en el hospital: **(Marque todas las opciones que correspondan).**

- ☐ 1 Cirugías ginecológicas que no sean por cáncer: p. ej., suspensión de la vejiga, prolapso vaginal/uterino/rectal, incontinencia por estrés
- ☐ 2 Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar
- ☐ 3 Cirugía de cataratas
- ☐ 4 Reparación o reemplazo articular
- ☐ 88 Otras razones: **(Especifique)** _____

9.15. ☐ 5 For Office Use Only

10. ¿En qué fecha terminó de responder este formulario? ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋ - ⌊__⌋⌊__⌋
mes día año

Incluya comentarios e información adicional sobre el proveedor a continuación.

Muchas gracias. Tómese unos minutos para verificar que no haya saltado ninguna pregunta.
No dude en incluir cualquier comentario en el espacio proporcionado más arriba.

Ver. 9

Form 151– Activities of Daily Life

This form has questions about your current experiences. Please answer the questions as honestly as you can, using your first thoughts about each question. You should not go back later to "figure out" answers. Please answer the questions on both sides. Your answers will be kept confidential and will never be put with your name in a published report, but they will help us to understand the health of women like you. Thank you for your help.

1. In general, would you say your health is: **(Mark one circle only.)**

Excellent	Very good	Good	Fair	Poor
○1	○2	○3	○4	○5

2. Overall, how would you rate your quality of life? **(Mark one circle below.)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Worst					Halfway					Best

As bad or worse than being dead — Best quality of life

3. Does the place (home, apartment, assisted living facility) where you live have special services for older people (such as help with transportation, meals, medicines, or bathing)?

○0 No ○1 Yes →

3.1. Are you currently receiving any of these services?
○0 No ○1 Yes

4. In the past year, have you stayed in a nursing home?
○0 No ○1 Yes

5. What aid, if any, do you usually use to walk on a level surface? **(Mark one.)**

I do not use any aid	I use a cane	I use crutches	I use a walker	I use a wheelchair
○1	○2	○3	○4	○5

AFFIX LABEL BETWEEN LINES
BAR CODE HERE

OFFICE USE ONLY

1. Date Received: Month Day Year

2. Reviewed By:

3. Contact Type:
○1 Phone
○2 Mail
○3 Other ○ FCA ○ OU1 ○ OU2

4. Language: ●1 E ○2 S

SERIAL #

PLEASE MAKE NO MARKS IN THIS AREA

Form 151– Activities of Daily Life

6. Are you taking a calcium supplement such as Oscal, Viactiv, or Tums?

○ 0 No ○ 1 Yes

The following are questions about a typical (or usual) day's activities. Does your health now limit you in these activities and, if so, how much? (Mark one circle for each question.)

		No, not limited at all	Yes, limited a little	Yes, limited a lot
7.	Vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, or strenuous sports	○ 3	○ 2	○ 1
8.	Moderate activities, such as moving a table, vacuuming, bowling, or golfing	○ 3	○ 2	○ 1
9.	Lifting or carrying groceries	○ 3	○ 2	○ 1
10.	Climbing several flights of stairs	○ 3	○ 2	○ 1
11.	Climbing one flight of stairs	○ 3	○ 2	○ 1
12.	Bending, kneeling, stooping	○ 3	○ 2	○ 1
13.	Walking more than a mile	○ 3	○ 2	○ 1
14.	Walking several blocks	○ 3	○ 2	○ 1
15.	Walking one block	○ 3	○ 2	○ 1
16.	Bathing or dressing yourself	○ 3	○ 2	○ 1

These next questions ask about how much help (if any) you need to do routine activities <u>for yourself</u>. Help can be defined as getting assistance from another person or using a device. (Mark one circle for each question.)

	I can do this activity:	By myself without help	With some help	Completely unable to do this by myself
17.	Can you feed yourself?	○ 1	○ 2	○ 3
18.	Can you dress and undress yourself?	○ 1	○ 2	○ 3
19.	Can you get in and out of bed yourself?	○ 1	○ 2	○ 3
20.	Can you take a bath or shower?	○ 1	○ 2	○ 3
21.	Can you do your own grocery shopping?	○ 1	○ 2	○ 3
22.	Can you keep track of and take your medicines?	○ 1	○ 2	○ 3

La Mujer y Su Salud

Formulario 151S – Actividades de la vida cotidiana

Ver. 9
OMB #0925-0414 Exp: 5/09

Este formulario incluye preguntas acerca de sus experiencias actuales. Responda a las preguntas con la mayor honestidad posible, escribiendo lo primero que piense acerca de cada pregunta. No debe volver a revisar las preguntas más adelante para "descifrar" las respuestas. Responda a las preguntas de ambos lados. Sus respuestas se mantendrán confidenciales y nunca se incluirán con su nombre en un informe publicado, pero nos ayudarán a comprender la salud de mujeres como usted. Gracias por su ayuda.

1. En general, usted diría que su salud es: **(Marque un solo círculo.)**

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
○1	○2	○3	○4	○5

2. Por lo general, ¿qué considera Ud. ser la calidad de su vida? **(Marque un círculo en el recuadro a continuación.)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Peor					Punto medio					Mejor

Tan mala o peor que si estuvie se muerta — La mejor calidad de vida

3. ¿El lugar donde vive (casa, departamento, vivienda con asistencia) tiene servicios especiales para personas mayores (como ayuda con las comidas, los medicamentos, el baño o el transporte)?

○0 No ○1 Sí → 3.1. ¿Está recibiendo alguno de estos servicios en la actualidad? ○0 No ○1 Sí

4. En el ultimo año, ¿estuvo en un hogar de ancianos?
○0 No ○1 Sí

5. Si usa alguna ayuda para caminar sobre una superficie plana, ¿qué ayuda suele usar? **(Marque una opción).**

No uso ninguna ayuda	Uso bastón	Uso muletas	Uso andador	Uso silla de ruedas
○1	○2	○3	○4	○5

AFFIX LABEL BETWEEN LINES
BAR CODE HERE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

1. Date Received: Month Day Year
2. Reviewed By:
3. Contact Type:
○1 Phone
○2 Mail
○3 Other ○ FCA ○ OU1 ○ OU2
4. Language: ○1 E ●2 S

SERIAL #
PLEASE MAKE NO MARKS IN THIS AREA

GPO U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE:2007-tbd

Formulario 151S – Actividades de la vida cotidiana

Ver. 9
OMB #0925-0414 Exp: 5/09

6. ¿Está tomando un suplemento de calcio como Oscal, Viactive o Tums?

○0 No ○1 Sí

A continuación, se incluyen preguntas acerca de las actividades de un día típico (o habitual). ¿Su salud lo limita en estas actividades en la actualidad? En caso afirmativo, ¿en qué medida? (Marque una sola círculo para cada pregunta).

	No, no me limita para nada	Sí, me limita un poco	Sí, me limita mucho
7. Actividades intensas, como correr, levantar objetos pesados o hacer deportes que demanden mucho esfuerzo	○3	○2	○1
8. Actividades moderadas, como mover una mesa, pasar la aspiradora o jugar a los bolos o al golf	○3	○2	○1
9. Levantar objetos o cargar las compras	○3	○2	○1
10. Subir varios pisos por escalera	○3	○2	○1
11. Subir un piso por escalera	○3	○2	○1
12. Inclinarse, arrodillarse, agacharse	○3	○2	○1
13. Caminar más de una milla	○3	○2	○1
14. Caminar varias cuadras	○3	○2	○1
15. Caminar una cuadra	○3	○2	○1
16. Bañarse o vestirse	○3	○2	○1

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánta ayuda necesita (si la necesita) para hacer las actividades de rutina <u>por sí sola</u>. El término "ayuda" puede definirse como obtener asistencia de otra persona o usar un dispositivo. (Marque una sola círculo para cada pregunta).

Puedo hacer esta actividad:	Por mí misma sin ayuda	Con algo de ayuda	Soy completamente incapaz de hacer esta actividad sola
17. ¿Puede alimentarse sola?	○1	○2	○3
18. ¿Puede vestirse o desvestirse sola?	○1	○2	○3
19. ¿Puede acostarse y levantarse de la cama sola?	○1	○2	○3
20. ¿Puede bañarse o ducharse?	○1	○2	○3
21. ¿Puede hacer las compras?	○1	○2	○3
22. ¿Puede llevar un registro de sus medicamentos y tomarlos?	○1	○2	○3

WHI **Health Follow-Up by Proxy** **Ver. 1**

OMB #___ Exp: x/xx

-Affix form label here-

Member ID: ___ ___ ___-___ ___ ___-__

You have been a part of the Women's Health Initiative (WHI) for many years and have made a significant contribution to women's health. Thank you for your ongoing participation! One of the most important goals of WHI is to keep track of your health through the end of the study. This information is crucial for answering scientific questions about women's health.

Although you are the best source for information about your health, there may come a time when you are not able to provide this critical information. We are asking you to provide us with the name and contact information of a "proxy." A proxy is someone who can tell us about your health if you cannot because of serious illness or death. Although you may have already given us the contact information for your proxy, his/her contact information may have changed, or you may want to designate someone else as your proxy.

Who you choose to be your proxy is up to you. It should be someone who knows you well enough to tell us if you have had health problems or have been in the hospital. Your proxy should be someone you live with or talk to often. We would ask your proxy the same questions that you answer each year on your Medical History Update Form, but only in the event that you are unable to answer them yourself.

It is important that you tell your proxy that you have chosen him/her to answer questions about your health in the event that you cannot. Please also let him/her know that you have provided their contact information to the Women's Health Initiative.

Please provide your proxy contact information below and return this form along with your other forms in the enclosed envelope.
Thank you!

Name of Proxy: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Phone #: _____ Other Phone #: _____

Relationship to me: _____

_____ _____

Signature of Participant Date

If you would like to provide the name of an additional proxy, please write their contact information on the back of this form.

-Affix form label here-

Member ID: __ __ __ __-__ __ __ __-__

Usted ha sido parte de La Mujer y Su Salud (Women's Health Initiative, WHI) durante muchos años y ha realizado un aporte importante a la salud de las mujeres. ¡Gracias por su participación permanente! Una de las metas más importantes de WHI es realizar un seguimiento de su salud hasta el final del estudio. Esta información es fundamental para responder a las preguntas científicas acerca de la salud de las mujeres.

Si bien usted es la mejor fuente de información acerca de su salud, es posible que, en determinado momento, ya no sea capaz de proporcionar esta información fundamental. Le solicitamos que nos proporcione el nombre y la información de contacto de un "apoderado". Un apoderado es una persona que puede informarnos acerca de su salud en caso de que usted no pueda hacerlo debido a una enfermedad grave o la muerte. Es posible que nos haya proporcionado anteriormente la información de contacto de su apoderado; sin embargo, quizás esta información ha cambiado o quizás usted desea designar a otra persona como su apoderado.

Usted debe decidir quién desea que sea su apoderado. Debe ser una persona que la conozca lo suficiente como para informarnos si ha tenido problemas de salud o ha estado hospitalizada. Su apoderado debe ser una persona con la que usted viva o hable con frecuencia. Le haremos a su apoderado las mismas preguntas que usted responde todos los años en su Formulario de Actualización de Historia Clínica, pero esto sucederá solo en el caso de que usted no pueda responderlas sola.

Es importante que le informe a su apoderado que usted le ha elegido para responder a las preguntas acerca de su salud en caso de que usted no pueda hacerlo. Infórmele también que usted ha proporcionado su información de contacto a La Mujer y Su Salud.

Proporcione la información de contacto de su apoderado a continuación y envíe este formulario junto con sus demás formularios en el sobre adjunto.
¡Muchas gracias!

Nombre del apoderado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Núm. de teléfono: _____ Otro núm. de teléfono: _____

Relación: _____

_____ _____
Firma de la participante Fecha

Si desea proporcionar el nombre de un apoderado adicional, anote su información de contacto en el reverso de este formulario.

To help us learn about the health of WHI participants, we would like to know about the medications and supplements you take.

This form asks about all of the prescription medications you are currently taking, and some of the over-the-counter medications and dietary supplements you may be taking.

If you would like to have a WHI staff member at the Clinical Coordinating Center complete this form with you over the phone, please feel free to call 1-800-218-8415.

OFFICE USE ONLY

1. Date Received: ___-___-___

2. Reviewed By: ___ ___

3. Contact Type:

¤ 1 Phone
¤ 2 Mail
¤ 8 Other ¤ FCA ¤ OU1 ¤ OU2

4. Language: ¤ 1 English ¤ 2 Spanish

Section A. Prescription Medications

This first section asks about **prescription medications** you are currently taking. This includes medications that you only take as needed, such as nitroglycerin. A prescription medication is one that is written (or phoned in) by your health care provider and must be filled at a pharmacy or drug store.

1. **Are you currently taking any medications that require a prescription from a doctor or health care provider**?

   ¤ 1 No → **Go to Section B on Page 6**

   ¤ 2 Yes → **Continue below**

For this section, you will need information from the labels on bottles or packaging that your prescription medications came in. To get started, please gather together all of your prescription medications, so that this information is readily available as you complete the form. These medications may be in your medicine cabinet, refrigerator, or purse. It is important to include all of your prescriptions.

For each prescription medication, please answer the questions on the next page, including the medication's name and strength. You will find this information on the label of the pill bottle or container. An example of a prescription label and a completed medication question is shown below.

Example of a Prescription Label:

Walgreens, Seattle, WA 98028 **(DD/) Ph: 866-254-1669** RX#4599773 Sept. 6, 2005 Fill 1 of 1 **DOE, JANE** 206-566-0442 Take one capsule by mouth as directed in morning and at bedtime Discard after Sept. 6, 2006 Mfr_____ Qty: 60 CAP Kroll, Phil MD **Phenytoin NA (Dilantin) 100MG CAP**	← On this label, the medication name **Phenytoin NA (Dilantin),** strength **100 MG**, and type **CAP** are all on one line.

Example of a Completed Question *(using the label example above):*

	Prescription Medication	**Record Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	PHENYTOIN NA (DILANTIN)
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	100 MG
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	CAPSULE
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ■ 3 More than 1 year → **How many years?** 3

2. **For each of the prescription medications** you are currently taking, please answer the questions below **using the label on the prescription bottle.** Please **print** clearly. You can use your best estimate about how long you have been taking the medication.

   Complete all of the information in the box (a through d) for *each* medication you take. There are enough boxes for 10 different medications. When you have filled out the information for all of your prescription medications, please go to **Section B** of the questionnaire on **page 6**.

Prescription Medication #1		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #2		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #3		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

Continue on the next page, <u>or</u> go to Page 6 if you have listed all your medications

Prescription Medication #4		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #5		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #6		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #7		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

Continue on the next page, <u>or</u> go to Page 6 if you have listed all your medications

Prescription Medication #8		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #9		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Prescription Medication #10		**Write in Information Below:**
a.	**Name of the medication** (as written on label):	
b.	**Strength of the medication** (as written on label):	
c.	**Medication type** (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	**About how long have you been taking this medication?** (if you're not sure, please use your best guess)	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

3. In the question above, there is room to list up to 10 prescription medications. If you take more than 10, please list the names of those medications below. List only their names, and do not include any medications you already told us about in the boxes above. You may receive a call from the WHI Clinical Coordinating Center to gather more detailed information on these medications.

a._____ f._____

b._____ g._____

c._____ h._____

d._____ i._____

Section B. Barriers to Prescription Medications

4. Have any of the following barriers prevented you from obtaining or taking any medications that have been prescribed for you? **(Please check all that apply.)**

¤ 1 My health insurance would not cover the medication.

¤ 2 The medication or copayment cost too much.

¤ 3 It is a problem for me to get to the medical facility/physician.

¤ 4 Taking the medication would be inconvenient.

¤ 5 I was concerned about possible side effects or complications from the medication.

¤ 6 I was concerned about missing work due to taking the medication.

¤ 7 My family discouraged me from taking the medication.

¤ 8 My friends discouraged me from taking the medication.

¤ 9 I am taking too many medications.

¤ 10 I don't like taking medications.

¤ 0 I have not experienced any barriers to taking prescription medications.

Section C. Non-Prescription Medications

This section asks about certain **non-prescription medicines** you have taken **at least once a week in the past two weeks**. These are medicines that you can buy **over-the-counter without a prescription** from your health care provider.

5. **Please answer the following questions about the non-prescription medicines listed below.** For each type of medicine that you are taking, please write in the name and strength from the product label, how often you take it, and how long you have taken it. For each type of medicine, there are spaces to write in two products. If you are taking more than two of the medicines in any group listed below, **please write in just the two that you take most often.** Note that the brand names provided below are just examples; you may be taking another brand of the medicine.

Are you taking:		Product Information (listed on the bottle or package)	How often do you take it?	How long have you been taking it?
Aspirin, for example, Bayer, St. Josephs, Bufferin, Anacin, Excedrin, BC powder, baby aspirin, Doan's *(This does not include aspirin-free drugs such as Tylenol or Advil.)*	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

Please go to next page

Are you taking:		Product Information (listed on the bottle or package)	How often do you take it?	How long have you been taking it?
Anti-Inflammatory pain medicines, such as Advil, Aleve, Ibuprofen, Motrin, Naprosyn, Naproxen, Nuprin, Anaprox, or Orudis KT	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Are you taking a second type of **Anti-Inflammatory** pain medicine?	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Antacid or heartburn medicines, such as Axid, Pepcid AC, Prilosec, Tagamet, Zantac, Cimetidine, Famotidine, Omeprazole, or Ranitidine	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Are you taking a second type of **Antacid or heartburn** medicine?	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

Please go to next page

Are you taking:		Product Information (listed on the bottle or package)	How often do you take it?	How long have you been taking it?
Natural female hormones, herbal estrogens, or phytoestrogens, such as Remifemin, DHEA pills, wild yam, soy or flax products, dong quai, or black cohosh	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐
Are you taking a second type of **natural female hormones, herbal estrogens, or phytoestrogens**?	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week ¤ 5 1-3 days a month	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

6. In most states, some types of insulin can be purchased over-the-counter without a prescription. If you are currently taking insulin and you haven't included it on the list of your prescription medicines in Section A, please write it in here.

Are you taking:		Product Information (listed on the bottle or package)	How often do you take it?	How long have you been taking it?
Are you taking **over-the-counter insulin**? *(if you listed insulin as a prescription medication in Section A, do not include here)*	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 Less than once a day	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year → **How many years?** ☐

Please go to next page

Section D. Dietary Supplements

In this final section, we ask about certain **vitamin or mineral supplements** you have taken **at least once a week in the past two weeks.**

7. Please answer the following questions below about the **vitamin or mineral supplements** listed below. For each vitamin supplement that you are taking, please write in the name from the bottle/package, how often, and how long you have been taking it. Although you may be taking other supplements at this time, we are asking only for information on the supplements listed.

		Information about the Vitamin Supplement *(on the bottle)*	How often do you take it?	How long have you been taking it?
Daily Multi-Vitamin Supplement A multi-vitamin supplement that has 10 or more vitamins and/or minerals in one pill. Examples are One-A-Day, Centrum, Theragran, Geritol.	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Product name and/or brand:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year **How many years?** ←
Calcium / Vitamin D supplement mixture A pill that contains both Calcium and Vitamin D, but not in a multi-vitamin with several vitamins and minerals.	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Calcium Strength:** **Vitamin D Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year **How many years?** ←
Calcium as a single mineral supplement containing no other vitamins or minerals	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year **How many years?** ←
Vitamin D (Calciferol) as a single vitamin supplement containing no other vitamin or mineral.	¤ 1 **Yes** ¤ 0 **No** ↓	**Name of the product:** **Strength:**	¤ 1 Once a day or more ¤ 2 4-6 days a week ¤ 3 2-3 days a week ¤ 4 Once a week	¤ 1 Less than a month ¤ 2 1 to12 months ¤ 3 More than 1 year **How many years?** ←

8. What is the date that you finished answering this form? ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋
Month Day Year

To help us learn about the health of WHI participants, we would like to know more about some of the medications you may take.

As part of your participation in the Women's Health Initiative, you previously reported a breast biopsy or a diagnosis of breast cancer (including breast cancer in situ). This form asks about medications that you may have used to <u>prevent or treat</u> breast cancer.

If you would like to have a WHI staff member at the Clinical Coordinating Center complete this form with you over the phone, please feel free to call 1-800-218-8415.

OFFICE USE ONLY

1. Date Received: ___-___-___

2. Reviewed By: ___ ___

3. Contact Type:

¤ 1 Phone
¤ 2 Mail
¤ 8 Other ¤ FCA ¤ OU1 ¤ OU2

4. Language: ¤ 1 English ¤ 2 Spanish

The first set of questions asks about medications known as **SERMS (selective estrogen receptor modulators)**. These medications include tamoxifen (Nolvadex®), raloxifene (Evista®), and toremifene (Fareston®).

Since your breast biopsy or breast cancer diagnosis:

1. Have you ever taken **tamoxifen (Nolvadex®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 1.1 How long did you take or have you taken tamoxifen? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

2. Have you ever taken **raloxifene (Evista®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 2.1 How long did you take or have you taken raloxifene? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

3. Have you ever taken **toremifene (Fareston®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 3.1 How long did you take or have you taken toremifene? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

These next questions ask about medications known as **anti-estrogen therapies** or **aromatase inhibitors**. These medications include anastrozole (Arimidex®), exemestane (Aromasin®), and letrozole (Femara®).

Since your breast biopsy or breast cancer diagnosis:

4. Have you ever taken **anastrozole (Arimidex®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 5.1 How long did you take or have you taken anastrozole? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

5. Have you ever taken **exemestane (Aromasin®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 6.1 How long did you take or have you taken exemestane? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

6. Have you ever taken **letrozole (Femara®)**?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 7.1 How long did you take or have you taken letrozole? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

7. Have you ever taken any **SERM** or **aromatase inhibitor** that is not listed above, or that you may not recall the name of?
   - ¤ 0 No
   - ¤ 1 Yes → 8.1 How long did you take or have you taken this medication? (use your best estimate; mark only one)
     - ¤ 1 Less than 1 month
     - ¤ 2 1-5 months
     - ¤ 3 6-11 months
     - ¤ 4 1-2 years
     - ¤ 5 3-4 years
     - ¤ 6 5 or more years
   - ¤ 9 Don't know

8. Have any of the following barriers prevented you from obtaining or taking the prescribed breast cancer medications previously asked about (i.e., tamoxifen, raloxifene, toremifene, anastrazole, exemestane, and letrozole)? (Please check all that apply)

- ¤ 0 I did not experience any barriers to taking these medications.
- ¤ 2 I have never heard of these medications.
- ¤ 3 My health insurance would not cover these medications.
- ¤ 4 These medications or copayments cost too much.
- ¤ 5 It is a problem for me to get to my medical facility/physician.
- ¤ 6 Taking these medications would be inconvenient.
- ¤ 7 I was concerned about possible side effects or complications from these medications.
- ¤ 8 I was concerned about missing work due to taking these medications.
- ¤ 9 My family discouraged me from taking these medications.
- ¤ 10 My friends discouraged me from taking these medications.
- ¤ 11 I am taking too many medications.
- ¤ 12 I don't like taking medications.
- ¤ 13 My physician did not recommend these medications for my particular type of breast disease.
- ¤ 14 Other:_____