

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)



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       1 Yes
- Go to Question 4 on the next page.



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

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

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.)

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

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.")

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> 1 Pills for diabetes   | <input type="radio"/> 7 Pills for osteoporosis other than calcium supplements   |
| <input type="radio"/> 2 Insulin shots for diabetes                                 | <input type="radio"/> 8 Calcium supplements for osteoporosis  |
| <input type="radio"/> 3 Diet and/or physical activity for diabetes                 | <input type="radio"/> 9 Pills for high cholesterol  |
| <input type="radio"/> 4 Pills for high blood pressure or hypertension              | <input type="radio"/> 10 Estrogen or estrogen combination pills   |
| <input type="radio"/> 5 Treatment for depression (pills or therapy)                | <input type="radio"/> 99 None   |
| <input type="radio"/> 6 Treatment for anxiety, panic, or phobia (pills or therapy) | 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







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  1 Sí
- Pase a la Pregunta 4 de la página siguiente.

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

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



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.)**

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

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).”**)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1 Píldoras para la diabetes  | <input type="radio"/> 7 Píldoras para la osteoporosis que no sean suplementos de calcio  |
| <input type="radio"/> 2 Inyecciones de insulina para la diabetes                           | <input type="radio"/> 8 Suplementos de calcio para la osteoporosis   |
| <input type="radio"/> 3 Dieta o actividad física para la diabetes                          | <input type="radio"/> 9 Píldoras para el colesterol alto   |
| <input type="radio"/> 4 Píldoras para la presión arterial alta o hipertensión              | <input type="radio"/> 10 Píldoras de estrógenos o combinación de estrógenos  |
| <input type="radio"/> 5 Tratamiento para la depresión (píldoras o terapia)                 | <input type="radio"/> 99 <b>Ninguno(a)</b><br>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. |
| <input type="radio"/> 6 Tratamiento para la ansiedad, pánico, o fobia (píldoras o terapia) |  |

**Pase a la siguiente página** →



Date Received: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (M/D/Y)		- Affix label here-	
Reviewed By: <input type="text"/>		Participant ID: _____ - _____ - _____	
		First Name _____ M.I. _____	
		Last Name _____	
Contact Type: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Phone <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mail <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Other	Visit Type: <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Annual <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non-Routine		
<b>OFFICE USE ONLY</b>			

Public reporting for this collection of information is estimated to average 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the information 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 (0925-0414). Do not return the completed form to this address.

**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 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.**

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

- <sub>1</sub> Women's Health Initiative (WHI) Extension Study participant (self)
- <sub>2</sub> Family or friend of WHI Extension Study participant
- <sub>3</sub> Health care provider for WHI Extension Study participant
- <sub>8</sub> Other (Specify): \_\_\_\_\_

Please answer the following questions about 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?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> No → Go to Question 3 on the next page.



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

<sub>1</sub> Hip

<sub>2</sub> Upper leg

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

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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.)

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> No → Go to Question 4 on page 5.



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

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

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?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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 <input type="text"/>
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 <input type="text"/>
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)?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>				

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				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr></table>				
<b>Do not key enter if identical to provider ID in 4.2</b>				

**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)?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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**?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> 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.)**

<sub>1</sub> Heart attack (coronary, myocardial infarction or MI)

<sub>5</sub> Stroke

<sub>2</sub> Heart bypass operation (coronary bypass surgery or CABG)

<sub>6</sub> Blood clots in your legs (deep vein thrombosis or DVT)

<sub>3</sub> 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)

<sub>7</sub> Blood clots in your lungs (pulmonary embolism or PE)

<sub>4</sub> Procedure or operation to unblock narrowed blood vessels in your neck (carotid endarterectomy, carotid angioplasty, or carotid stent)

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

<sub>88</sub> 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.

<p><b>5.3. First hospital admission of one or more nights for heart or circulation problems or procedures.</b></p> <p>Hospital name: _____</p> <p>Street address: _____</p> <p style="text-align: center;">City State Zip Code</p> <p>Phone number: ( ) _____</p>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Office Use Only</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	Office Use Only	Provider ID	_ _ _ _
Office Use Only							
Provider ID							
_ _ _ _							
5.4. Date you <u>entered</u> the hospital:	_ _  -  _ _  -  _ _	month	day	year			
5.5. Date you <u>left</u> the hospital:	_ _  -  _ _  -  _ _	month	day	year			
<p><b>5.6. Second hospital admission of one or more nights for heart or circulation problems or procedures.</b></p> <p>Hospital name: _____</p> <p>Street address: _____</p> <p style="text-align: center;">City State Zip Code</p> <p>Phone number: ( ) _____</p>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Office Use Only</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table>	Office Use Only	Provider ID	_ _ _ _
Office Use Only							
Provider ID							
_ _ _ _							
5.7. Date you <u>entered</u> the hospital:	_ _  -  _ _  -  _ _	month	day	year			
5.8. Date you <u>left</u> 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?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> No → **Go to Question 7 on the next page.**



<p>6.1. On what date did the shots start (shots such as as Lovenox, Arixtra, or heparin)?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>              month      day      year         </p>				
<p>6.2. What is the name, address, and phone number of the doctor who treated you for blood clots in your leg?</p>				
Doctor's name: _____ Street address: _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>City</span> <span>State</span> <span>Zip Code</span> </div> Phone number: (    ) _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Office Use Only</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Office Use Only	Provider ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Office Use Only				
Provider ID				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

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)?

<sub>1</sub> Yes      <sub>0</sub> No → **Go to Question 7 on the next page.**



<p>6.4. On what date was the test performed?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>              month      day      year         </p>					
<p>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?</p>					
Place name: _____ Street address: _____ _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>City</span> <span>State</span> <span>Zip Code</span> </div> Phone number: (    ) _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Office Use Only</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px; font-size: small;">Do not key enter if identical to provider ID in 6.2.</td> </tr> </table>	Office Use Only	Provider ID	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Do not key enter if identical to provider ID in 6.2.
Office Use Only					
Provider ID					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
Do not key enter if identical to provider ID in 6.2.					

**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					
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					

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.)**

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

9.10. <sub>5</sub>

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					
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					

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.)**

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

9.15. <sub>5</sub>

Office use only
-----------------

**Go to the next page.**



Date received: <input type="text" value="___"/> - <input type="text" value="___"/> - <input type="text" value="___"/> (M/D/Y) Reviewed by: <input type="text" value="___"/> - <input type="text" value="___"/> - <input type="text" value="___"/>	<b>- Affix label here-</b> Participant ID: _____ - _____ - ____ First Name _____ M.I. _____ Last Name _____
Contact type: <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Phone <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Mail <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Other	Visit Type: <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Annual <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Non-Routine
<b>PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA</b>	

El informe público por medio de estos datos colectivos se calcula tomar 10 minutos por cada respuesta, incluyendo el tiempo que tarde repasar las instrucciones, investigado las fuentes de datos que existen actualmente, colectando y manteniendo los datos necesarios y completar y repasar el cuestionario. A ninguna agencia se le permitirá llevar ni patrocinar una serie de datos colectivos, a menos que aparezca el número de control OMB válido; y al igual a ninguna persona se le requerirá responder a lo mismo. Favor de dirigir sus comentarios sobre esta estimación de labor o cualquier otro aspecto de estos datos colectivos, incluyendo sugerencias para reducir esta labor, al siguiente: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0414). Favor de no enviar estos cuestionarios completados a dichas direcciones.

**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:**

\_\_\_\_\_ de **20** \_\_\_\_\_

mes                      día                      año

**No 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:

- <sub>1</sub> Participante del Estudio de Extensión de La Mujer y Su Salud (WHI) (usted misma)
- <sub>2</sub> Familiar o amigo de la participante del Estudio de Extensión de WHI
- <sub>3</sub> Proveedor de cuidados de la salud de la participante del Estudio de Extensión de WHI
- <sub>8</sub> Otro (**Especifique**): \_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas acerca de la 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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No      **Pase a la Pregunta 3 en la siguiente página.**



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

<sub>1</sub> Cadera

<sub>2</sub> 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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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: (     ) \_\_\_\_\_

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

Para Uso Exclusivo de la Oficina
Provider ID
_ _ _ _

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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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: (     ) \_\_\_\_\_

2.8. ¿En qué fecha realizó la visita? (Si tuvo más de una visita, proporcione la fecha de la **primera** visita).

     -      -       
mes      día      año

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



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**).

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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.**)

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

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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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 Exclusivo 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 Exclusivo 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 Exclusivo 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)?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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 Exclusivo  
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 Exclusivo  
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)?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ataque cardíaco (coronario, infarto de miocardio o MI)   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Ataque de apoplejía   |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Operación de derivación cardíaca (cirugía de derivación coronaria, o CABG)   | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis venosa profunda o DVT)  |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Procedimiento para desobstruir vasos estrechados que se dirigen al <u>corazón</u> (apertura de las arterias del corazón con un balón u otro dispositivo, algunas veces llamada PTCA, angioplastia coronaria, stent coronario, o láser) | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar o PE)   |
| <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Procedimiento u operación para desobstruir vasos sanguíneos estrechados del <u>cuello</u> (endarterectomía carotídea, angioplastia carotídea, o stent carotídeo)   | <input type="checkbox"/> <sub>8</sub> 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) |
|  | <input type="checkbox"/> <sub>88</sub> 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 Exclusivo  
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 Exclusivo  
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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**



<p>6.1. ¿En qué fecha comenzaron las inyecciones (como Lovenox, Arixtra, o heparina)?</p> <p align="center"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>              mes      día      año           </p>				
<p>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?</p>				
<p>Nombre del médico: _____</p>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	<input type="text"/>
Para Uso Exclusivo de la Oficina				
Provider ID				
<input type="text"/>				
<p>Dirección: _____</p>				
<p align="center"> <input type="text"/>      <input type="text"/>      <input type="text"/>              Ciudad      Estado      Código postal           </p>				
<p>Número de teléfono: (    ) _____</p>				

- 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)?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No → **Pase a la Pregunta 7 en la siguiente página.**



<p>6.4. ¿En qué fecha se realizó el examen?</p> <p align="center"> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>              mes      día      año           </p>					
<p>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?</p>					
<p>Nombre del lugar: _____</p>	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Provider ID</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Do not key enter if identical to provider ID in 6.2</td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	<input type="text"/>	Do not key enter if identical to provider ID in 6.2
Para Uso Exclusivo de la Oficina					
Provider ID					
<input type="text"/>					
Do not key enter if identical to provider ID in 6.2					
<p>Dirección: _____</p>					
<p align="center"> <input type="text"/>      <input type="text"/>      <input type="text"/>              Ciudad      Estado      Código postal           </p>					
<p>Número de teléfono: (    ) _____</p>					

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?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No → **Pase a la Pregunta 8 a continuación.**



7.1. ¿En qué fecha le diagnosticaron la afección o recibió tratamiento?	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>mes</td> <td>día</td> <td>año</td> </tr> </table>				mes	día	año			
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: _____										
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado</td> <td>Código postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Código postal	<table border="1"> <tr> <td>Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td>Provider ID</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	
Ciudad	Estado	Código postal								
Para Uso Exclusivo de la Oficina										
Provider ID										
Número de teléfono: (    ) _____										

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)?

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> No → **Pase a la Pregunta 9 en la siguiente página.**



8.1. ¿En qué fecha se realizó el procedimiento o la cirugía?	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>mes</td> <td>día</td> <td>año</td> </tr> </table>				mes	día	año			
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: _____										
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Ciudad</td> <td>Estado</td> <td>Código postal</td> </tr> </table>				Ciudad	Estado	Código postal	<table border="1"> <tr> <td>Para Uso Exclusivo de la Oficina</td> </tr> <tr> <td>Provider ID</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>	Para Uso Exclusivo de la Oficina	Provider ID	
Ciudad	Estado	Código postal								
Para Uso Exclusivo de la Oficina										
Provider ID										
Número de teléfono: (    ) _____										

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.)

<sub>1</sub> Sí      <sub>0</sub> 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 Exclusivo  
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.)**

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

- 9.5. <sub>5</sub> 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 Exclusivo 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).

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

<sub>2</sub> Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar

<sub>3</sub> Cirugía de cataratas

<sub>4</sub> Reparación o reemplazo articular

<sub>88</sub> Otras razones: (Especifique) \_\_\_\_\_

9.10.  <sub>5</sub> 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 Exclusivo 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).

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

<sub>2</sub> Ataque de la vesícula biliar o cirugía de la vesícula biliar

<sub>3</sub> Cirugía de cataratas

<sub>4</sub> Reparación o reemplazo articular

<sub>88</sub> Otras razones: (Especifique) \_\_\_\_\_

9.15.  <sub>5</sub> 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.**



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

- No       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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Moderate activities, such as moving a table, vacuuming, bowling, or golfing	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Lifting or carrying groceries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Climbing several flights of stairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Climbing one flight of stairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bending, kneeling, stooping	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Walking more than a mile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Walking several blocks	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Walking one block	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bathing or dressing yourself	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

These next questions ask about how much help (if any) you need to do routine activities for yourself. 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Can you dress and undress yourself?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Can you get in and out of bed yourself?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Can you take a bath or shower?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Can you do your own grocery shopping?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Can you keep track of and take your medicines?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



6. ¿Está tomando un suplemento de calcio como Oscal, Viactive o Tums?
- No       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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Actividades moderadas, como mover una mesa, pasar la aspiradora o jugar a los bolos o al golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Levantar objetos o cargar las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Subir varios pisos por escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Subir un piso por escalera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Inclinarsse, arrodillarse, agacharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Caminar más de una milla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Caminar varias cuadras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Caminar una cuadra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Bañarse o vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánta ayuda necesita (si la necesita) para hacer las actividades de rutina por sí sola. 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Puede vestirse o desvestirse sola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Puede acostarse y levantarse de la cama sola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. ¿Puede bañarse o ducharse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Puede hacer las compras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. ¿Puede llevar un registro de sus medicamentos y tomarlos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**-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.*

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 5 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 (0925-0414). Do not return the completed form to this address.



-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.**

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 20 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 (0925-0414). Do not return the completed form to this address.

**OFFICE USE ONLY**

**1. Date Received:**

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**2. Reviewed By:**

\_\_\_\_

**3. Contact Type:**

<sub>1</sub> Phone

<sub>2</sub> Mail

<sub>8</sub> Other

**4. Language:**  <sub>1</sub> English  <sub>2</sub> Spanish

FCA

OU1

OU2

**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:**

<p><b>Walgreens, Seattle, WA 98028</b>  <b>(DD/) Ph: 866-254-1669</b>                  RX#4599773 Sept. 6, 2005 Fill 1 of 1</p> <p><b>DOE, JANE</b> 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  <b>Phenytoin NA (Dilantin) 100MG CAP</b></p>	<p>← On this label, the medication name <b>Phenytoin NA (Dilantin)</b>, strength <b>100 MG</b>, and type <b>CAP</b> are all on one line.</p>
--	--

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

Prescription Medication	Record Information Below:
a. <b>Name of the medication</b> (as written on label):	PHENYTOIN NA (DILANTIN)
b. <b>Strength of the medication</b> (as written on label):	100 MG
c. <b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	CAPSULE
d. <b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you’re not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input checked="" type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">3</span>

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.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #2		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #3		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>

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

Prescription Medication #4		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #5		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #6		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #7		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>

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

Prescription Medication #8		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #9		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Prescription Medication #10		Write in Information Below:
a.	<b>Name of the medication</b> (as written on label):	
b.	<b>Strength of the medication</b> (as written on label):	
c.	<b>Medication type</b> (examples: capsule, tablet, cream, liquid, suppository, inhaler, injection):	
d.	<b>About how long have you been taking this medication?</b> (if you're not sure, please use your best guess)	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>

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.)**

- <sub>1</sub> My health insurance would not cover the medication.
- <sub>2</sub> The medication or copayment cost too much.
- <sub>3</sub> It is a problem for me to get to the medical facility/physician.
- <sub>4</sub> Taking the medication would be inconvenient.
- <sub>5</sub> I was concerned about possible side effects or complications from the medication.
- <sub>6</sub> I was concerned about missing work due to taking the medication.
- <sub>7</sub> My family discouraged me from taking the medication.
- <sub>8</sub> My friends discouraged me from taking the medication.
- <sub>9</sub> I am taking too many medications.
- <sub>10</sub> I don't like taking medications.
- <sub>0</sub> 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?
<p><b>Aspirin</b>, 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.)</p>	<p><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>0</sub> No</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p><b>Name of the product:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <p><b>Strength:</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	<p><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Once a day or more</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 4-6 days a week</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 2-3 days a week</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Once a week</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>5</sub> 1-3 days a month</p>	<p><input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Less than a month</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 1 to 12 months</p> <p><input type="checkbox"/> <sub>3</sub> More than 1 year</p> <p style="text-align: right;">↓</p> <p><b>How many years?</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p>

**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?
<b>Anti-Inflammatory pain</b> medicines, such as Advil, Aleve, Ibuprofen, Motrin, Naprosyn, Naproxen, Nuprin, Anaprox, or Orudis KT	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>       <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Strength:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year ↓ <b>How many years?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Are you taking a second type of <b>Anti-Inflammatory</b> pain medicine?	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>       <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Strength:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year ↓ <b>How many years?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>Antacid or heartburn</b> medicines, such as Axid, Pepcid AC, Prilosec, Tagamet, Zantac, Cimetidine, Famotidine, Omeprazole, or Ranitidine	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>       <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Strength:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year ↓ <b>How many years?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>
Are you taking a second type of <b>Antacid or heartburn</b> medicine?	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>       <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/> <b>Strength:</b> <input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year ↓ <b>How many years?</b> <input style="width: 40px;" type="text"/>

**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?
<b>Natural female hormones, herbal estrogens, or phytoestrogens</b> , such as Remifemin, DHEA pills, wild yam, soy or flax products, dong quai, or black cohosh	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>          <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input type="text"/>  <b>Strength:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>
Are you taking a second type of <b>natural female hormones, herbal estrogens, or phytoestrogens</b> ?	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>          <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input type="text"/>  <b>Strength:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 4-6 days a week <input type="checkbox"/> 3 2-3 days a week <input type="checkbox"/> 4 Once a week <input type="checkbox"/> 5 1-3 days a month	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>

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 <b>over-the-counter insulin</b> ? <i>(if you listed insulin as a prescription medication in Section A, do not include here)</i>	<input type="checkbox"/> 1 <b>Yes</b>          <input type="checkbox"/> 0 <b>No</b> ↓	<b>Name of the product:</b> <input type="text"/>  <b>Strength:</b> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 Once a day or more <input type="checkbox"/> 2 Less than once a day	<input type="checkbox"/> 1 Less than a month <input type="checkbox"/> 2 1 to 12 months <input type="checkbox"/> 3 More than 1 year → <b>How many years?</b> <input type="text"/>

Please go to next page





**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 prevent or treat 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.**

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 5 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 (0925-0414). Do not return the completed form to this address.

**OFFICE USE ONLY**

**1. Date Received:**

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**2. Reviewed By:**

\_\_\_\_

**3. Contact Type:**

- <sub>1</sub> Phone
- <sub>2</sub> Mail
- <sub>8</sub> Other

**4. Language:**     <sub>1</sub> English     <sub>2</sub> Spanish

- FCA
- OU1
- OU2

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®)**?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



1.1 How long did you take or have you taken tamoxifen? (use your best estimate; mark only one)	
<input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month	<input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years
<input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months	<input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years
<input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months	<input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years

2. Have you ever taken **raloxifene (Evista®)**?

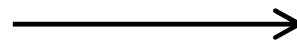
- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



2.1 How long did you take or have you taken raloxifene? (use your best estimate; mark only one)	
<input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month	<input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years
<input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months	<input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years
<input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months	<input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years

3. Have you ever taken **toremifene (Fareston®)**?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



3.1 How long did you take or have you taken toremifene? (use your best estimate; mark only one)	
<input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month	<input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years
<input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months	<input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years
<input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months	<input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years

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®)**?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



5.1 How long did you take or have you taken anastrozole? (use your best estimate; mark only one)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month | <input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years       |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months        | <input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years       |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months       | <input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years |

5. Have you ever taken **exemestane (Aromasin®)**?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



6.1 How long did you take or have you taken exemestane? (use your best estimate; mark only one)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month | <input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years       |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months        | <input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years       |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months       | <input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years |

6. Have you ever taken **letrozole (Femara®)**?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know

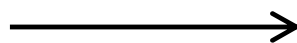


7.1 How long did you take or have you taken letrozole? (use your best estimate; mark only one)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month | <input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years       |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months        | <input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years       |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months       | <input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years |

7. Have you ever taken any **SERM** or **aromatase inhibitor** that is not listed above, or that you may not recall the name of?

- <sub>0</sub> No  
 <sub>1</sub> Yes  
 <sub>9</sub> Don't know



8.1 How long did you take or have you taken this medication? (use your best estimate; mark only one)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> <sub>1</sub> Less than 1 month | <input type="radio"/> <sub>4</sub> 1-2 years       |
| <input type="radio"/> <sub>2</sub> 1-5 months        | <input type="radio"/> <sub>5</sub> 3-4 years       |
| <input type="radio"/> <sub>3</sub> 6-11 months       | <input type="radio"/> <sub>6</sub> 5 or more years |

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, anastrozole, exemestane, and letrozole)? (Please check all that apply)

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