



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 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 (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. xx/xx/xxxx

HCHS/SOL- Visit 2- Medication Use Survey

ID NUMBER:

FORM CODE: MSS
VERSION: 1, 1/8/2014

Contact Occasion

0 2

SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART Notelog window to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

Reported medication use for specified conditions (Add to medical Hx. Questionnaire)

I. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

1. De los medicamentos que usted ha tomado durante las **últimas cuatro semanas**, ¿fueron algunos para:

- a. Asma No 0 Sí 1 Unknown 9
a1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- b. Bronquitis crónica o enfisema No 0 Sí 1 Unknown 9
b1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- c. Azúcar alta en la sangre o diabetes No 0 Sí 1 Unknown 9
c1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- d. Alta presión sanguínea o hipertensión No 0 Sí 1 Unknown 9
d1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- e. Alto colesterol en la sangre No 0 Sí 1 Unknown 9
e1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- f. Dolor en el pecho o angina No 0 Sí 1 Unknown 9
f1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- g. Ritmo cardíaco anormal No 0 Sí 1 Unknown 9
g1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- h. Falla cardíaca No 0 Sí 1 Unknown 9
h1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años

ID NUMBER:

FORM CODE: MSS
VERSION: 1, 1/8/2014

Contact
Occasion

0 2 SEQ #

- i. Para hacer su sangre más líquida No 0 Sí 1 Unknown 9
i1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- j. Embolia cerebral o derrame cerebral No 0 Sí 1 Unknown 9
j1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés) No 0 Sí 1 Unknown 9
k1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación No 0 Sí 1 Unknown 9
l1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- m. Depresión No 0 Sí 1 Unknown 9
m1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- n. Ansiedad No 0 Sí 1 Unknown 9
n1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- o. Glaucoma No 0 Sí 1 Unknown 9
o1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
- p. Enfermedad del Tiroides No 0 Sí 1 Unknown 9
p1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento? < 1 año, 1-5 años, > 5 años
2. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algún tipo de aspirina o productos que contengan aspirina, incluyendo Alka-Seltzer, medicamento para la gripe o alergia, o medicamento en polvo para el dolor de cabeza? Esto **no** incluye el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol), ibuprofeno (por ejemplo, Advil, Motrin o Nuprin) y naproxeno (por ejemplo, Aleve).

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

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

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

Número de días If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 5**

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

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

FORM CODE: MSS
VERSION: 1, 1/8/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

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

- No 0
Sí 1
Desconocido 9

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

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

- No 0
Sí 1
Desconocido 9