



Public reporting burden 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 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

Medical History HCHS/SOL Visit 2

ID Number:

FORM CODE: MHS
VERSIÓN: 1, 12/12/13

Contact
Occasion

SEQ #:

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

0c. Participant Gender: (F=female, M=male)

0d. Age:

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.

A. Desde su primera visita a SOL, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

	No	Sí	No está seguro
1. ¿Ataque al corazón?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. ¿Angioplastia con balón, stent u operación quirúrgica de bypass de las arterias del corazón para mejorar el flujo sanguíneo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. ¿Angina de pecho?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. ¿Insuficiencia cardíaca?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. ¿Derrame cerebral?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. ¿Derrame cerebral mínimo o Isquemia cerebral transitoria. (Transient Ischemic Attack, TIA)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. ¿Angioplastia con balón u operación quirúrgica de las arterias del cuello para prevenir o corregir un derrame cerebral?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. ¿Aneurisma de aorta, Aneurisma Aórtico Abdominal (AAA) o dilatación de aorta?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. ¿Enfermedad arterial periférica (Peripheral Arterial Disease, PAD) (problemas de circulación, bloqueo de las arterias de las piernas)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9.a (Si dice que sí ha tenido PAD) ¿angioplastia con balón, stent o amputación por esta afección?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. ¿Enfermedad del hígado? If No/unsure to liver disease then Go to #11	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

IF YES to liver disease, then ask: ¿qué enfermedad del hígado?

10a. Hepatitis No 0 → **GO TO QUESTION 10c**
Sí 1

10b. ¿De qué tipo? Tipo A 1
Tipo B 2
Tipo C 3
No sabe 9

10c. Cirrosis No 0
Sí 1

ID Number:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
 VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

11. ¿Alguna vez le ha dicho el doctor que tenía cáncer o un tumor maligno?

No 0 → **Go to QUESTION 12**
 Sí 1

11a. ¿De qué tipo?

	No	Sí
a1. Pulmón	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a2. Mama (ceno)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a3. Cuello de la matriz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a4. Sangre / glándulas linfáticas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a5. Testículos / escroto	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a6. Hueso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a7. Melanoma	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a8. Piel (no melanoma)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a9. Cerebro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a10. Estómago	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a11. Colon	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a12. Útero	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a13. Próstata	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a14. Hígado	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a15. Riñón / renal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
a16. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

12. ¿Tiene actualmente un marcapaso o un desfibrilador automático (AICD) para corregir un problema de arritmia cardíaca?

No 0
 Sí, marcapaso 1
 Sí, desfibrilador automático (AICD) 2
 Sí, marcapaso y desfibrilador automático (AICD) 3
 Not sure 9

B. Desde la última entrevista por teléfono el (fecha) ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

	No	Sí	No está seguro
13. ¿Ha tenido con frecuencia hinchazón en los pies o los tobillos al final del día?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. ¿Se despierta en ocasiones por la noche por dificultades para respirar?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. ¿Ha tenido momentos en los que ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su ritmo normal sobre un suelo llano?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
16. ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

ID Number:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

17. ¿Le ha dicho alguna vez su doctor o profesional de salud que usted tiene alguna de las siguientes enfermedades cerebrales?

	No	Sí	No está seguro
Parkinson	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Demencia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Alzheimer	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

C. Urinary Incontinence

A muchas personas se les sale la orina. Las siguientes preguntas se refieren a las salidas de orina. (Hay otros términos para referirse a las salidas de orina: no poder contener la orina hasta llegar al baño, no poder controlar la vejiga, pérdida de control de la orina, etc.)

18. ¿Con qué frecuencia tiene salidas de orina? Diría que...

- Nunca 1 →Go to question 20
- Menos de una vez al mes 2
- Varias veces al mes 3
- Varias veces a la semana, 4
- Cada día y/o cada noche 5
- Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION20

19. ¿Cuánta orina se le sale cada vez? Diría que...

- Unas gotas 1
- pequeños chorritos 2
- Más 3
- Unsure / Refused 9

20. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades con actividades tales como toser, levantar pesos o hacer ejercicio?

- No 0 →GO TO QUESTION21
- Sí 1
- Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION21

20a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre . . .

- Menos de una vez al mes 1
- Varias veces al mes 2
- Varias veces a la semana 3
- Cada día y/o cada noche 4
- Unsure / Refused 9

ID Number:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

21. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades porque tenía muchas ganas o una gran presión para orinar y no pudo llegar a tiempo al baño?

- No 0 **→GO TO QUESTION22**
Sí 1
Unsure / Refused 9 **→GO TO QUESTION22**

21a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre. . .

- Menos de una vez al mes 1
Varias veces al mes 2
Varias veces a la semana 3
Cada día y/o cada noche 4
Unsure / Refused 9

22. En los **últimos 12 meses**, ¿se le ha salido la orina o ha perdido el control aunque sea en pequeñas cantidades con actividades tales como toser, levantar pesos o hacer ejercicio o porque tenía muchas ganas de orinar?

- No 0 **→GO TO QUESTION23**
Sí 1
Unsure / Refused 9 **→GO TO QUESTION23**

22a. ¿Con qué frecuencia ocurre? Diría que ocurre. . .

- Menos de una vez al mes 1
Varias veces al mes 2
Varias veces a la semana 3
Cada día y/o cada noche 4
Unsure / Refused 9

23. En los **últimos 12 meses**, ¿cuánto le molestó la salida de orina? Seleccione una de las siguientes opciones:

- Nada 1
Sólo un poco 2
Un tanto 3
Mucho 4
Enormemente 5
Unsure / Refused 9

ID Number:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

24. En los **últimos 12 meses**, ¿cuánta le afectó la salida de orina afectó las actividades diarias?
Seleccione una de las siguientes opciones:

- Nada 1
- Sólo un poco 2
- Un tanto 3
- Mucho 4
- Enormemente 5
- Unsure / Refused 9

25. En los **últimos 30 días**, ¿cuántas veces por la noche tuvo que levantarse normalmente a orinar desde el momento en que se acostó hasta el momento en que se levantó en la mañana? Diría que fue..

- 1 vez 1
- 2 veces 2
- 3 veces 3
- 4 veces 4
- 5 veces o más 5
- Unsure / Refused 9

D. Kidney

26. ¿alguna vez le ha dicho el doctor u otro profesional de la salud que tiene riñones débiles o que le están fallando? No incluya los cálculos, las infecciones de la vejiga ni la incontinencia urinaria.

- No 0 **→GO TO QUESTION28**
- Sí 1
- Unsure / Refused 9 **→GO TO QUESTION28**

27. En los **últimos 12 meses**, ¿le han hecho diálisis (hemodiálisis o diálisis peritoneal)?

- No 0
- Sí 1
- Unsure / Refused 9

28. ¿Alguna vez ha tenido cálculos al riñón?

- No 0 **→GO TO QUESTION29**
- Sí 1
- Unsure / Refused 9 **→GO TO QUESTION29**

28a. ¿cuántas veces ha pasado un cálculo al riñón?

INDIQUE EL NÚMERO DE VECES

ID Number:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

E. Tuberculosis Screening

29. Desde la visita 1, ¿ le han dicho que tiene tuberculosis activa o TB?

- No 0 →GO TO QUESTION30
Sí 1
Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION30

29a. Desde la visita 1, ¿ le han recetado algún medicamento para la tuberculosis activa o TB?

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

30. Desde la visita 1, ¿ le han hecho una prueba de tuberculosis en la piel (por ejemplo: PPD)?

- No 0 → For men, go to 31; for women, END of questionnaire
Sí 1
Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION30b

- 30a. Fue: Positiva 1
Negativa 2 → Si es hombre, pase a la 31; si es mujer, TERMINE el cuestionario
No está seguro / Ref. 9

30b. Por esta prueba de tuberculosis en la piel , ¿ se le recetó un medicamento para evitar que se enfermara de tuberculosis?

- No 0
Sí 1
No está seguro/ Se niega a contestar 9 } Si es mujer, TERMINE el cuestionario

F. Men Only

El siguiente conjunto de preguntas es sobre la salud masculina incluyendo problemas urinarios y de próstata. La próstata es una glándula ubicada justo debajo de la vejiga.

For men less than 40 years of age, go to question 33.

31. Solo para hombres mayores de 40 años: ¿ tiene en general problemas para comenzar a orinar?

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

32. Solo para hombres mayores de 40 años: después de orinar ¿ siente vacía la vejiga?

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

ID Number:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS Contact
VERSIÓN: 1, 12/12/13 Occasion

0	2	SEQ #:		
---	---	--------	--	--

The remainder is for men of all ages:

33. ¿Alguna vez le ha dicho el médico o un profesional de asistencia médica que usted tenía una enfermedad de la próstata? Esto incluye el agrandamiento de la próstata.

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

34. ¿Alguna vez le ha dicho el médico o un profesional de asistencia médica que usted tenía la glándula de la próstata agrandada?

- No 0 →GO TO QUESTION35
Sí 1
Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION35

34a. ¿Era un agrandamiento benigno; es decir, no era canceroso (también llamado hipertrofia prostática benigna)?

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

34b. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron por primera vez que tenía un agrandamiento benigno de la próstata?

Edad en años

34c. ¿Se debía el agrandamiento al cáncer?

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

35. ¿Alguna vez le han hecho un examen de sangre que el doctor le dijo que era para ver si tenía cáncer de la próstata? El examen se llama Antígeno Específico de la Próstata (Prostate Specific Antigen, PSA)

- No 0
Sí 1
Unsure / Refused 9

36. Alguna vez le han hecho un examen rectal. El examen rectal consiste en insertar un dedo en el recto o el trasero para ver si hay problemas.

- No 0 →GO TO QUESTION37
Sí 1
Unsure / Refused 9 →GO TO QUESTION37

36a. ¿Se lo hicieron para ver si tenía cáncer de la próstata?

- No 0
Sí 1

ID Number:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: MHS
VERSIÓN: 1, 12/12/13

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #:

--	--

Unsure / Refused 9

36b. ¿Se lo hicieron para ver si tenía sangre?

No 0

Sí 1

Unsure / Refused 9

37. Muchos hombres tienen problemas con las relaciones sexuales. ¿Cómo describiría su capacidad de tener y mantener una erección adecuada para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria? Diría usted que...

VERBAL INSTRUCTION: *¿Siempre o casi siempre puede tener y mantener una erección? ¿Por lo general puede tener y mantener una erección, algunas veces puede tener y mantener una erección, nunca puede tener y mantener una erección?*

Siempre o casi siempre puede 3

Nunca puede 0

A veces puede 1

Por lo general puede 2

Unsure / Refused 9