



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 09 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- Reproductive and Medical History

ID NUMBER:

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 12/18/2013

Contact Occasion 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.

A. HORMONE AND MENSTRUAL HISTORY QUESTIONS

1. ¿Cuál de los siguientes tratamientos anticonceptivos hormonales ha usado?
{If ever used then} ¿Usa alguno de esos tratamientos ahora? Marque todo lo que corresponda.

Si nunca ha usado estos tratamientos 0 → **GO TO QUESTION 3**

	Alguna vez lo usó	Lo usa actualmente
a. Pastillas anticonceptivas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Anillo anticonceptivo (Nuvaring) o parche (OrthoEvra)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Inyecciones DepoProvera	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Implante anticonceptivo (Norplant, Implanon, o Nexplanon)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Dispositivo intrauterino (DIU) con hormonas (Mirena) <i>(Este es un DIU que se usa 5 años y hace que su periodo sea más ligero)</i>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

2. Si marcó alguno de esos tratamientos, ¿cuál es la razón por la que lo(s) usó? Marque todo lo que corresponda.

	No	Yes
a. Control de la natalidad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Acné	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Cólicos menstruales o periodos dolorosos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Para regularizar los periodos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. Para tratar el sangrado vaginal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. Other	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

3. ¿Ha tratado de embarazarse por más de 1 año y no lo ha logrado?

No 0 → **Go to question 4**
Yes 1
No está segura 9

3a. ¿Cuál fue la razón por la que no se embarazó? (Marque una)

- ¿Problema médico de usted? 0
- ¿Problema médico de su pareja? 1
- ¿Problemas médicos de usted y su pareja? 2
- Don't know or unknown cause 9

4. ¿Ha dejado de tener sus periodos PERMANENTEMENTE?

- No 0
- Sí, no tengo periodos 1 → **GO TO QUESTION 5**
- Sí, pero tengo periodos inducidos con hormonas 2 → **GO TO QUESTION 5**
- Unsure 9

4a. **SI NO ESTÁ SEGURA O LA RESPUESTA ES NO:** ¿En qué fecha empezó su menstruación **más reciente**? [Prompt for month and year, even if day is unknown.]

// → **GO TO QUESTION 8**
mm /dd /yyyy

5. ¿A qué edad dejó de tener sus periodos de forma natural? edad en años

6. ¿Por qué dejó de tener sus periodos naturales? (marque una)

- Natural 1
- Cirugía 2
- Ablación endometrial 3
- Radiación/quimioterapia 4
- Unsure 9

7. ¿Le hicieron una histerectomía? (Una cirugía para quitarle el útero o matriz).

- No 0 → **GO TO QUESTION 8**
- Yes 1
- Unsure 9 → **GO TO QUESTION 8**

7a. ¿Qué edad tenía? Edad en años

8. Have you ever had either of your ovaries surgically removed?

- No 0 → **Go to question 9**
- Sí, me quitaron uno 1
- Sí, me quitaron los dos 2
- Unsure / Refused 9 → **Go to question 9**

8a. **Age at surgery?** Age in years

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 12/18/2013

Contact
Occasion

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

Para la siguiente pregunta, por favor piense cómo era su periodo cuando no usaba pastillas anticonceptivas u otros medicamentos hormonales y no estaba embarazada o dando el pecho. [IF UNDER 40: Desde que cumplió 20; IF 40 OR OLDER: Cuando tenía entre 20 y 40 años]

9. ¿Cuántos días había en uno de sus ciclos menstruales típicos, es decir, entre el principio de un periodo menstrual hasta el principio del sangrado del siguiente periodo?

Menos de 24 días 0

De 24 a 35 días 1

Más de 35 días 2

Era demasiado variable o irregular para saber decir 3

Don't know 9

10. ¿Le ha dicho algún proveedor de atención médica que tiene síndrome de ovario poliquístico (SOP)?

No 0

Yes 1

Unsure 9

B. PREGNANCY HISTORY QUESTIONS

11. ¿Está embarazada?

No 0

Yes 1 **Reschedule Study Visit**

Unsure 9

12. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? Cuente los bebés que hayan nacido vivos, los que hayan nacido muertos, los abortos espontáneos y los abortos inducidos. If none, enter 00]

Embarazos if None → **End Questionnaire**

13. ¿Cuántos abortos espontáneos ha tenido?

14. ¿Cuántos embarazos ectópicos ha tenido?

[Un embarazo ectópico se desarrolla en una de las trompas, en lugar del útero o matriz.]

15. ¿Cuántos abortos ha tenido? **[Entiendo si no desea responder esta pregunta.]**

16. ¿Cuántos embarazos de más de seis meses ha tenido?

if None → **End Questionnaire**

17. ¿Cuántos bebés han nacido vivos?

18. Para embarazos de más de seis meses, ¿cuántos bebés nacieron muertos?

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 12/18/2013

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------

19. ¿Tuvo algunas de estas enfermedades o complicaciones durante estos embarazos?

	No	Yes	Unsure
19a. ¿Presión alta o hipertensión?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19b. ¿Preeclampsia o toxemia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19c. ¿Ataques, convulsiones o eclampsia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19d. ¿Diabetes?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19e. ¿Tuvo un bebé que pesara menos de 5.5 libras (2.5kg)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19f. ¿Tuvo un bebé que pesara más de 9 lbs (4.09kg)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19g. ¿Tuvo un bebé antes de término, que haya nacido a las 36 semanas o antes?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19h. ¿En cuántos de estos embarazos tuvo parto vaginal? <input type="text"/> <input type="text"/> embarazos			
19i. ¿En cuántos de estos embarazos tuvo cesárea? <input type="text"/> <input type="text"/> embarazos			
19j. Si amamantó a estos bebés, ¿cuántos meses les dio el pecho en total? <input type="text"/> <input type="text"/> months [If none, enter 00]			

PERINATAL DEPRESSION/ANXIETY

20. ¿Durante cuántos de sus embarazos se sintió triste, desolada o muy ansiosa? Nos referimos a un periodo de por lo menos dos semanas en el que se haya sentido mal consigo misma y que fuera peor que los altibajos naturales de la vida. **Por “dos semanas” me refiero a la mayor parte del día casi todos los días.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

21. ¿Después de cuántos embarazos, dentro de los primeros 6 meses después del parto se sintió triste, desolada o muy ansiosa? Nos referimos a un periodo de por lo menos dos semanas en el que se haya sentido mal consigo misma y que fuera peor que los altibajos naturales de la vida. **Por “dos semanas” me refiero a la mayor parte del día casi todos los días.**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

For PREGNANCIES LASTING MORE THAN SIX MONTHS

22. ¿Durante cuántos de sus embarazos recibió atención médica prenatal?

23. De los embarazos en los que recibió atención médica prenatal, ¿en cuántos embarazos le dieron atención médica:

8a. en los Estados Unidos?

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 12/18/2013

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

8b. fuera de los Estados Unidos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8c. tanto en Estados Unidos como fuera de los Estados Unidos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas más detalladas sobre los embarazos de más de seis meses que tuvo después de la visita 1 del estudio SOL el [DATE]

GO to PREGNANCY COMPLICATIONS Form to collect details of each pregnancy of 6+ months.