

Nombre: \_\_\_\_\_ ¿Cómo se enteró del estudio? \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Ubicación donde se hizo la inscripción (clínica, pisos, etc.): \_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada actualmente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuántas semanas de embarazo tiene usted? \_\_\_\_\_ Semanas de gestación

¿Cuándo es la fecha prevista del parto? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Si no está embarazada, ¿ha dado a luz en las últimas 10 semanas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (If more than **10** weeks ago then  DNQ)

Si dio a luz en las últimas 10 semanas, ¿en qué fecha dio a luz? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿En dónde dio a luz? \_\_\_\_\_

¿La han diagnosticado con diabetes gestacional o GDM en los últimos 6 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (If NO  DNQ)

¿Cómo se le diagnosticó la diabetes gestacional? \_\_\_\_\_

Prompts: ¿Se encontró un valor anormal en la prueba de detección de una hora (toma de Glucola para la prueba de sangre una hora después)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le hicieron una prueba de tres horas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Se encontraron dos o más valores anormales en la prueba de tres horas de

tolerancia a la glucosa, OGTT por sus siglas en inglés, (prueba de sangre inicial, toma de Glucola, pruebas de sangre después de 1, 2 y 3 horas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tuvo que seguir en una dieta especial? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Tuvo que tomar insulina? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿La han diagnosticado previamente con diabetes de tipo 1 o de tipo 2? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (If YES  DNQ)

¿Estuvo/está embarazada de más de dos niños (trillizos, cuatrillizos o más)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (If YES  DNQ)

**¿Cuántos años tiene usted? \_\_\_\_\_ (Age must be ≥ 18, if not  DNQ)**

¿Tiene alguna enfermedad? \_\_\_\_\_

If patient has/had: cardiovascular disease, kidney disease, liver disease, venous or arterial thromboembolic disease, adrenal insufficiency, depression requiring hospitalization in past 6 months, non-basal cell skin cancer, HIV, AIDS, non-pregnancy-related illness requiring hospitalization in past 6 months, then  DNQ

¿Está tomando medicamentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, anótelos: \_\_\_\_\_

If taking: glucocorticoids, atypical antipsychotics, weight loss medications (prescription, OTC, or herbal) then  DNQ

¿Tiene pensado mudarse fuera del área de Boston en los próximos 6 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (DNQ if YES)

**Altura autoinformada:** \_\_\_\_\_ **Peso autoinformado antes del embarazo:** \_\_\_\_\_

Calculate pre-pregnancy BMI: \_\_\_\_\_, if not between 18 and 50 then  DNQ

**Grupo étnico (hispano o latino/no es hispano o latino):** \_\_\_\_\_ **Raza:** \_\_\_\_\_

(Prompts: ¿Cuál es su raza? ¿Blanca, Negra o Africana Americana, Hispano o Latino, India Americana o nativa de Alaska, Asiática, Nativa de Hawái, o Nativa de otra isla del Pacífico? Usted puede elegir una o más.)

¿Está inscrita en otros estudios de investigación? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**SI NO REÚNE LOS REQUISITOS en este momento, ¿podemos mantener su información archivada para usarla en estudios futuros? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (fill in bold q's above)**

\_\_\_\_ Subject qualifies for booking \_\_\_\_\_ Subject needs records reviewed before booking \_\_\_\_\_ Subject DNQ

**If QUALIFIES - Read Study Description:**

**¿Le interesa participar en este estudio de investigación? Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_**

**SUS DATOS DE CONTACTO:**

Public reporting of this collection of information is estimated to average 8 minutes per response, including the time for reviewing instructions 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 current 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 CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (XXXX-XXXX)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

(H): \_\_\_\_\_ (C/T): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién es su obstetra o ginecólogo? (Nombre, hospital)

\_\_\_\_\_

¿Quién es su médico de cabecera o proveedor principal de atención, (PCP, por sus siglas en inglés)? (Nombre, hospital)

\_\_\_\_\_

¿Qué hora del día es la mejor para contactarla? *Encierre en un círculo el método preferido de contacto*

Mañanas (8 de la mañana al mediodía)    Tardes (mediodía hasta las 5 de la tarde)    Noches (5 de la tarde a 9 de la noche)

If Subject mentions why NOT interested, check box:

- No puede ir a las visitas del estudio
  - Mudanza
  - No tiene tiempo
  - Distancia desde BWH
  - No tiene con quien dejar a los niños
  - Obligaciones familiares
  - Obligaciones con el trabajo/la escuela
  - Otro \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_