

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 \geq 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 _____