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:**

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

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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)