



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 07 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-XXXX). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Medical/Family History Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: MHS
VERSION: A 1/24/08

Contact Occasion

SEQ #

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a.

Completion Date:

/ /

0b.

Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. If age of onset is unknown enter the special missing value, "=", in the item.

¿Tuvo usted o alguno de sus familiares consanguíneos alguna de las siguientes enfermedades? NO incluya medios(as) hermanos(as).

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0

Sí 1

→ **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**

1a. ¿Sucedió esto durante el embarazo solamente?

No 0

Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron presión sanguínea alta o hipertensión?

1b. Madre

No o No sabe 0

Sí 1

1c. Padre

No o No sabe 0

Sí 1

1d. Hermano(s) o hermana(s)

No o No sabe 0

Sí 1

2. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene el colesterol alto?

No 0

Sí 1

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron el colesterol alto?

2a. Madre

No o No sabe 0

Sí 1

2b. Padre

No o No sabe 0

Sí 1

2c. Hermano(s) o hermana(s)

No o No sabe 0

Sí 1

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene angina de pecho?

No 0

Sí 1

→ **GO TO QUESTION 3b**

3a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron angina?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 3b. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3c. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3d. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un ataque al corazón?

- | | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 4b |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

4a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un ataque al corazón?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 4b. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4c. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4d. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo insuficiencia cardíaca o falla cardíaca?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una falla cardíaca?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 5a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

6. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo enfermedad reumática del corazón?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una enfermedad reumática del corazón?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 6a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

7. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo fibrilación atrial (del corazón)?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo algún otro problema del corazón?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

Si "sí," por favor, especifique: _____

9. ¿Le han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), o le han puesto un "stent", o le han hecho cirugía de bypass del corazón?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

ID NUMBER:								FORM CODE: MHS	Contact			SEQ #		
								VERSION: A 1/24/08	Occasion					

¿Les han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), a estos familiares, o le han puesto un “stent”, o le han hecho “bypass” en el corazón?

- | | | | | |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 9a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 9b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 9c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

10. ¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que usted tuvo un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 10a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 10b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 10c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

11. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un derrame (ataque) cerebral pequeño o transitorio conocido como TIA en inglés?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

12. ¿Le han hecho una angioplastia con balón (dilatación) o cirugía de las arterias del cuello para prevenir o corregir una apoplejía o derrame (ataque) cerebral?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

13. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene o tuvo un aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 13a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 13b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 13c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

14. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene enfermedad arterial periférica (problemas con la circulación, arterias bloqueadas en sus piernas)?

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 15a |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

15. ¿Ha tenido usted un “bypass”, una angioplastia con balón, le han puesto un “stent”, o le han amputado una extremidad (pierna o pie) debido a esta condición?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron enfermedad arterial periférica?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 15a. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 15b. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 15c. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

16. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes (azúcar alta en la sangre o en la orina)?

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 16e |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

16a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

16b. PARA MUJERES: ¿Fue esto durante el embarazo solamente?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

16c. ¿Está usando insulina?

- | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 16e |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

16d. ¿Fue la insulina la primera medicina que se usó para la diabetes?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron diabetes?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 16e. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 16f. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 16g. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

17. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene problemas de los riñones?

- | | |
|----|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

18. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene una enfermedad del hígado?

- | | | |
|----|----------------------------|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 19 |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

¿Qué tipo de enfermedad del hígado?

- | | | | |
|----------------|----|----------------------------|-----------------------------|
| 18a. Hepatitis | No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 18c |
| | Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |

- | | | |
|-----------------|-------------|----------------------------|
| 18b. ¿Qué tipo? | Hepatitis A | 1 <input type="checkbox"/> |
| | Hepatitis B | 2 <input type="checkbox"/> |
| | Hepatitis C | 3 <input type="checkbox"/> |
| | No sabe | 4 <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: MHS
VERSION: A 1/24/08

Contact
Occasion

		SEQ #		
--	--	-------	--	--

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron cáncer o un tumor maligno?

- | | | | | |
|------------------------------|--------------|----------------------------|----|----------------------------|
| 26b. Madre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 26c. Padre | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| 26d. Hermano(s) o hermana(s) | No o No sabe | 0 <input type="checkbox"/> | Sí | 1 <input type="checkbox"/> |

MEN → STOP, END QUESTIONNAIRE

WOMEN → GO TO QUESTION 27

FOR WOMEN ONLY

27. ¿A qué edad comenzó a tener la regla?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Edad en años
----------------------	----------------------	--------------

28. ¿Tiene usted actualmente períodos menstruales?

- | | | |
|---------|----------------------------|---------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 34 |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> | |

29. ¿Ha tenido usted una histerectomía?

- | | | |
|---|----------------------------|---------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 31 |
| Sí, han extraído ambos ovarios | 1 <input type="checkbox"/> | |
| Sí, sin extraer los ovarios | 2 <input type="checkbox"/> | |
| Sí, pero no está segura si los ovarios fueron extraídos | 3 <input type="checkbox"/> | |

30. ¿A qué edad le hicieron esa cirugía? Edad en años

31. ¿Ha llegado usted a la menopausia (cambio de vida)?

- | | | |
|---------|----------------------------|---------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 33 |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 33 |

32. ¿A qué edad? Edad en años → GO TO QUESTION 34

33. ¿Está usted embarazada actualmente?

- | | |
|---------|----------------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> |

34. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

- | | | |
|---------|----------------------------|---------------------|
| No | 0 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 37 |
| Sí | 1 <input type="checkbox"/> | |
| No sabe | 9 <input type="checkbox"/> | → GO TO QUESTION 37 |

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

FORM CODE: MHS
VERSION: A 1/24/08

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

35. ¿Cuántas veces ha estado embarazada?

--	--

Número de embarazos

36. ¿Cuántos de sus bebés nacieron vivos?

--	--

Número de nacimientos vivos

37. ¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas u otro tipo de medicamento para evitar el embarazo (para no tener hijos)?

No 0
Sí 1

38. ¿Está usted tomando hormonas femeninas actualmente que no sean píldoras anticonceptivas?

No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1
No sabe 9 → **END QUESTIONNAIRE**

39. ¿Toma usted estas hormonas femeninas para un suplemento de sus hormonales naturales?

No 0
Sí 1