



HCHS/SOL- Personal Medical History (MHS)

ID NUMBER:	<input type="text"/>	FORM CODE: MHS	Contact Occasion	<input type="text"/>	0	3	Occurrence:	<input type="text"/>	0	1
		VERSIÓN: 2,1/30/2020								

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

0c. Participant Gender: (1=Male; 2=Female) **[Prefilled from DEM1]** 0d. Age: **[At V3 from DEM3]**

0e. Last visit date: / / **[System prefilled]**

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Introducción: A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre condiciones de salud que haya tenido para actualizar la información que tenemos en nuestros records. Es posible que usted haya contestado algunas de estas preguntas, pero queremos asegurarnos de tener toda su información.

Es posible que se sienta incómodo(a) al responder algunas de éstas preguntas. Puede ser que quiera o no responderlas. Por favor, tómese su tiempo para pensar su respuesta. Es importante entender estos aspectos de su salud. A la vez queremos respetarlo(a) y que se sienta cómodo(a). Usted es importante para nosotros y su participación en el estudio es sumamente valiosa.

A. Desde su última visita a SOL, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud?

	No	Sí	No está seguro
1. ¿Ataque o infarto del corazón?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
2. ¿Angioplastia con balón, stent u operación quirúrgica de baipás de las arterias del corazón para mejorar el flujo sanguíneo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
3. ¿Angina de pecho?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
4. ¿Insuficiencia cardíaca?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5. ¿Derrame cerebral?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6. ¿Derrame cerebral mínimo o isquemia cerebral transitoria (Transient Ischemic Attack, TIA)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7. ¿Angioplastia con balón u operación quirúrgica de las arterias del cuello para prevenir o corregir un derrame cerebral?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8. ¿Aneurisma de la aorta, aneurisma aórtico abdominal (AAA) o dilatación de la aorta?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha tenido cirugía para reparar la aorta - la gran arteria en su abdomen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. ¿Enfermedad arterial periférica (Peripheral Arterial Disease, PAD, problemas de circulación, bloqueo de las arterias de las piernas)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10a. (Si dice que sí ha tenido PAD) ¿angioplastia con balón, o stent por esta afección?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10b. (Si dice que sí ha tenido PAD) ¿ha tenido una amputación por esta afección?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

11. ¿Enfermedad del hígado? No 0 **Go to Question 12** Sí 1 Unsure 9 **Go to Question 12**

If Yes to liver disease, then ask: ¿Qué enfermedad del hígado?

11a. Hepatitis No 0 **Go to Question 11d** Sí 1

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

FORM CODE: MHS
VERSIÓN: 2, 1/30/2020

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

- 11b. ¿De qué tipo? Tipo A 1
Tipo B 2
Tipo C 3
No sabe 9

11c. ¿Alguna vez un doctor le ha recetado medicamentos para tratar la Hepatitis C?

No 0 Sí 1 No está seguro 9

11d. Cirrosis No 0 Sí 1

- | | No | Sí | No está seguro |
|---|-------------------------------|-------------------------------|---|
| 12. ¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que tiene cálculos biliares o piedras en la vesícula biliar? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 12a. Si la respuesta fue Sí, ¿alguna vez ha recibido tratamiento médico para disolver o remover los cálculos biliares? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 12b. Si la respuesta fue Sí, ¿alguna vez se le ha practicado cirugía de la vesícula biliar? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 12c. Si la respuesta fue Sí, ¿a qué edad? <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 13. ¿Alguna vez se le ha sometido a cirugía para bajar de peso, también llamada cirugía bariátrica? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 13a. Si la respuesta fue Sí, ¿a qué edad? <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 14. Desde la última visita SOL en el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés. | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| | Go to Question 15 | | Go to Question 15 |
| 14a. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó medicamentos, como el uso de inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones? | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| 15. Desde la última visita SOL en el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma? | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| | Go to Question 16 | | Go to Question 16 |
| 15a. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó medicamentos, como el uso de inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides en píldoras para sus pulmones? | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| 16. Desde la última visita SOL en el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o azúcar alta en la sangre? | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| | Go to Question 17 | | Go to Question 17 |
| 16a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento? | No 0 <input type="checkbox"/> | Sí 1 <input type="checkbox"/> | No está seguro 9 <input type="checkbox"/> |
| | Go to Question 17 | | Go to Question 17 |

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

FORM CODE: MHS
VERSIÓN: 2, 1/30/2020

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

16b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- | | No | Sí | |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| b1. Píldoras | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b2. Insulina solamente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b3. Insulina y píldoras | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b4. Fue remitido(a) para un examen de la vista | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b5. Recomendación de hacer cambios en la dieta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b6. Recomendación de dejar de fumar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b7. Recomendación de hacer más ejercicios | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b8. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ |

17. Desde la última visita SOL en el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0 **Go to Question 18** Sí 1 No está seguro 9 **Go to Question 18**

17a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento?

No 0 **Go to Question 18** Sí 1 No está seguro 9 **Go to Question 18**

17b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- | | No | Sí | |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| b1. Empezar a tomar un nuevo medicamento | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b2. Aumentar la dosis de alguno de los medicamentos que toma actualmente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b3. Recomendación de bajar de peso | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b4. Recomendación de hacer cambios en la dieta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b5. Recomendación de dejar de fumar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b6. Recomendación de hacer más ejercicios | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b7. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ |

18. Desde la última visita SOL en el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?

No 0 **Go to Question 19** Sí 1 No está seguro 9 **Go to Question 19**

18a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento?

No 0 **Go to Question 19** Sí 1 No está seguro 9 **Go to Question 19**

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

FORM CODE: MHS
 VERSIÓN: 2, 1/30/2020

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

18b. ¿Qué tratamiento le recomendaron? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- | | No | Sí | |
|--|----------------------------|----------------------------|--------------------|
| b1. Empezar a tomar un nuevo medicamento | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b2. Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b3. Recomendación de bajar de peso | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b4. Recomendación de hacer cambios en la dieta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b5. Recomendación de dejar de fumar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b6. Recomendación de hacer más ejercicios | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| b7. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | Especifique: _____ |

B. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

- | | No | Sí | No está seguro |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 19. ¿Ha tenido con frecuencia hinchazón en los pies o los tobillos al final del día? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Tiene problemas al acostarse plano en una cama o con un almohadón porque esta posición le causa dificultad para respirar? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Se despierta en ocasiones por la noche por dificultades para respirar? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿Alguna vez le ha dicho el doctor que tenía una de las siguientes condiciones que afectan el cerebro o la mente? | | | |
| 23a. Demencia? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 23b. Enfermedad de Alzheimer? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 23c. Demencia vascular o endurecimiento de las arterias del cerebro? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 23d. Deterioro cognitivo leve? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 23e. Enfermedad de Parkinson? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |
| 23f. Tumor cerebral? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | |

En los últimos 12 meses, ¿ha recibido...?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 24. ¿Diálisis (ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Un trasplante de riñón? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o ahora tiene?

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 26. ¿Dolor en la cara? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿Dolor en la articulación de la mandíbula? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: MHS
VERSIÓN: 2, 1/30/2020

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

[Complete if Q26 and/or Q27=Sí]

En los últimos 6 meses	Nunca	Algunos días	Casi todos los días	Todos los días
28. ¿Con qué frecuencia tenía dolor?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
29. ¿Con qué frecuencia el dolor limitaba su actividades diarias y laborales?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

C. Other Health Questions

Ahora voy a preguntarle si se le han hecho pruebas de VIH (en inglés HIV). Recuerde, la prueba de VIH es para conocer si alguien tiene el virus que causa el SIDA (en inglés AIDS).

30. ¿Le han hecho alguna vez la prueba del VIH?

- No **[End Form]**
- Sí **Go to Question 31**
- No sabe **[End Form]**
- Refuse to Answer **[End Form]**

31. ¿Alguna vez ha dado positivo por VIH, es decir, tiene usted VIH?

- No **Go to Question 32**
- Sí **Go to Question 33**
- No sabe **Go to Question 32**
- Refuse to Answer **[End Form]**

32. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba del VIH? Por favor, dígame el mes y el año.
(Use CDART Field Status for Don't know or Refusal answers).

Date of most recent HIV test (mm/yyyy): / **[End Form]**

33. ¿Cuándo fue la primera vez, que el resultado de la prueba fue positivo? Por favor, dígame el mes y el año.
(Use CDART Field Status for Don't know or Refusal answers).

Date of first positive test (mm/yyyy): /