



lic reporting burden for this collection of information is estimated to average 03 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 (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 8/31/2017

HCHS/SOL Visit 2 Medication Use Questionnaire Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FORM CODE: MUS	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
								VERSION: 1, 9/24/2014		0	2			1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Enter information provided by the participant for each question. Record medication information in the "Medication record" section as it applies. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

A. Reception

Como usted sabe, HCHS/SOL lleva un registro de todos los medicamentos que los participantes han usado en las últimas cuatro semanas (ya sea de venta libre o aquellos que se obtienen con receta médica), incluyendo medicamentos para la gripe o alergias, vitaminas, remedios a base de hierbas y otros suplementos. Estos medicamentos incluyen fórmulas sólidas y no sólidas que usted haya ingerido, inhalado, que se haya aplicado en la piel o en el cabello, que se haya inyectado, implantado o colocado en los oídos, ojos, nariz, boca o cualquier otra parte del cuerpo. La información que usted recibió sobre esta cita incluía una bolsa plástica para todos los medicamentos que actualmente usa y se le pidió que los trajera a la clínica.

1. ¿Trajo usted todos los medicamentos que ha usado en las últimas cuatro semanas o trajo sus envases?

Sí, todos 1 → **GO TO SECTION B, QUESTION 5**

No, algunos de ellos 2 → **GO TO SECTION A, QUESTION 3**

No, ninguno de ellos 3

2. ¿Se debe esto a que se le olvidó o porque no ha estado tomando ningún medicamento en las últimas cuatro semanas, o porque no pudo traer sus medicamentos?

No tomó ningún medicamento 1 → **STOP; Thank ppt. and close form**

Se le olvidó o no pudo traer los 2 *Está bien. En vista de que la información sobre los medicamentos es muy importante, todavía nos gustaría preguntarle sobre ellos durante la entrevista.*

3. ¿Podemos hacer un seguimiento de esto después de la visita, para que así podamos obtener la información sobre las etiquetas de los otros medicamentos? (Explain follow-up options)

No or not applicable 0 **GO TO SECTION C, QUESTION 26**

Yes 1

4. Describe method of follow-up to be used: _____

B. Medication Record

Confirm, or carefully copy the *MEDICATION NAME* into "a" using upper case letters. Confirm, or copy the formulation *STRENGTH* (weight for solids and concentration for non-solids), using periods to indicate decimal points. Confirm, or copy the *UNITS* used to measure strength, using upper case letters and standard abbreviations. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#			Medication name (a)
5.	(b) Strength	(c) Units	
6.	(b) Strength	(c) Units	
7.	(b) Strength	(c) Units	
8.	(b) Strength	(c) Units	
9.	(b) Strength	(c) Units	
10.	(b) Strength	(c) Units	
11.	(b) Strength	(c) Units	
12.	(b) Strength	(c) Units	
13.	(b) Strength	(c) Units	
14.	(b) Strength	(c) Units	
15.	(b) Strength	(c) Units	
16.	(b) Strength	(c) Units	
17.	(b) Strength	(c) Units	
18.	(b) Strength	(c) Units	
19.	(b) Strength	(c) Units	
20.	(b) Strength	(c) Units	

21.	(b) Strength	(c) Units	
22.	(b) Strength	(c) Units	
23.	(b) Strength	(c) Units	
24.	(b) Strength	(c) Units	

25. Total number of medications in bag

C. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

26. De los medicamentos que usted ha tomado durante las últimas cuatro semanas, fueron algunos para:

No Sí Desconocido

- | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Asma | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Bronquitis crónica o enfisema | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Azúcar alta en la sangre o diabetes | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Alta presión sanguínea o hipertensión | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Alto colesterol en la sangre | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| f. Dolor en el pecho o angina | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| g. Ritmo cardíaco anormal | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| h. Falla cardíaca | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| i. Para hacer su sangre más líquida | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| j. Embolia cerebral o derrame cerebral | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| m. Depresión | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| n. Ansiedad | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| o. Glaucoma | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |
| p. Una enfermedad de la tiroides | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> |