



# HCHS/SOL- Medication Use Questionnaire (MUS)

ID NUMBER:

FORM CODE: MUS  
VERSION: 2,1/10/2020

Contact Occasion

0  3

Occurrence

0  1

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /

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 4a**

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

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

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  medicamentos *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  **If Q1=3, GO TO QUESTION 26**

Yes 1

3a. If Yes, describe method of follow-up to be used: \_\_\_\_\_

## B. Medication Record

Start typing the MEDICATION NAME in Field (a) to access the medication dictionary and select the appropriate medication/strength/units. If medication name is not found in the coding dictionary, enter the name (or scan UPC code) manually in Field (b). Confirm, or carefully copy the MEDICATION NAME into (b) 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.

4a. Total number of medications in bag

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

22.				
23.	(a) Medication name-coded	(b) Medication name-uncoded	(c) Strength	(d) Units
24.	(a) Medication name-coded	(b) Medication name-uncoded	(c) Strength	(d) Units
25.	(a) Medication name-coded	(b) Medication name-uncoded	(c) Strength	(d) Units

**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"/>