



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 09 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- Reproductive and Medical History

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: RMS	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ number	<input type="text"/>	<input type="text"/>
								VERSION: 2 6/29/2016	0	2				

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

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.

La siguiente entrevista incluye preguntas para la mujer acerca de sus períodos menstruales y el embarazo, y acerca de hormonas que alguna vez haya usado o esté usando. ¿Le puedo hacer estas preguntas?

[If yes] Es posible que se sienta incómoda respondiendo a alguna de estas preguntas y que no quiera responderlas. Por favor, tómese su tiempo para pensar las respuestas. Es importante entender estos aspectos de la salud de la mujer y que a la misma vez usted se sienta respetada y cómoda. Sus respuestas son importantes para nosotros, y su participación en el estudio es sumamente valiosa.

A. HORMONE AND MENSTRUAL HISTORY QUESTIONS

1. ¿Alguna vez ha usado algún método para evitar el embarazo, como píldoras contraceptivas u otros métodos hormonales?

No 1 Go to Question 4

Sí 2

Refused 7 Go to Question 4

Unsure/Don't know 9

2. ¿Cuál de las siguientes fórmulas o métodos hormonales ha usado para evitar el embarazo o por otras razones médicas? Díganos si alguna vez ha usado o usa en la actualidad los siguientes tratamientos.

	Nunca	Alguna vez lo ha usado	Lo usa actualmente	No está segura
a. Pastillas anticonceptivas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Anillo anticonceptivo (Nuvaring) o parche (OrthoEvra)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Inyecciones Depo-Provera	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Implante anticonceptivo (Norplant, Implanon, or Nexplanon)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Dispositivo intrauterino (IUD) con hormonas (Mirena)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

[If "Nunca" or "No está segura" to all alternatives, go to Question 4.]

ID NUMBER:

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 9/5/2014

Contact
Occasion

0 2 SEQ
number

3. [Si "Alguna vez lo ha usado" o "Lo usa actualmente" cualquier tratamiento hormonal], ¿Por qué ha usado este/estos tratamientos hormonales? ¿Para que fueron indicados?

¿Lo(s) usó para?: [ask for each item]	No	Sí	No está segura
a. Evitar el embarazo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Tratamiento para el acné	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Tratamiento de cólicos menstruales o períodos dolorosos	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Para hacer los períodos regulares	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Para tratar el sangrado vaginal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

f.1. Especifique: _____

4. ¿Alguna vez ha tratado por más de 1 año de quedar embarazada y no lo ha logrado?

No 0 → **Go to Question 5**

Sí 1

Refused 7 → **Go to Question 5**

Unsure 9 → **Go to Question 5**

4a. ¿Cuál fue la causa por la cual no quedó embarazada? (check one)

¿Tiene un problema médico? 0

¿Su pareja tiene un problema médico? 1

¿Tanto su pareja como usted tienen problemas médicos? 2

Refused 7

Unsure 9

5. ¿Ha dejado de tener sus períodos PERMANENTEMENTE? [Si la respuesta es SÍ, ¿todavía tiene periodos inducidos por hormonas?]

No 0

Sí, no tengo períodos 1 → **GO TO QUESTION 6**

Sí, pero tengo períodos inducidos (provocados) por hormonas 2 → **GO TO QUESTION 6**

Refused 7

Unsure 9

5a. **SI NO ESTÁ SEGURA, SE NIEGA O LA RESPUESTA ES NO:** ¿En qué fecha empezó su menstruación **más reciente**? [Prompt for month and year, even if day is unknown.]

// → **GO TO QUESTION 8**
mm /dd /yyyy

6. ¿A qué edad dejó de tener sus períodos de forma natural? edad en años

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 9/5/2014

Contact
Occasion

0	2	SEQ number		
---	---	---------------	--	--

7. ¿Por qué dejó de tener sus períodos? (marque una)

- Terminaron (cesaron, los dejó de tener) de forma natural 1
- Cirugía para remover los ovarios o el útero (la matriz) 2
- Ablación endometrial 3
- Radiación/quimioterapia 4
- Otro 5
- Especifique: _____
- Refused 7
- Unsure 9

8. ¿Le hicieron una histerectomía? (esto es una cirugía para remover el útero o la matriz)

- No 0 → **GO TO QUESTION 9**
- Sí 1
- Refused 7 → **GO TO QUESTION 9**
- Unsure 9 → **GO TO QUESTION 9**

8a. ¿Qué edad tenía cuando le hicieron la cirugía? edad en años

9. ¿Le han removido uno o los dos ovarios? [Si la respuesta es SÍ, ¿le removieron solamente un ovario o los dos?]

- No 0 → **Go to question 10**
- Sí, me quitaron uno 1
- Sí, me quitaron los dos 2
- Sí, pero no está segura si le quitaron solamente uno o los dos 3
- Refused 7 → **Go to question 10**
- Unsure 9 → **Go to question 10**

9a. ¿Qué edad tenía cuando le hicieron la cirugía? edad en años

Para la siguiente pregunta *Quisiera pedirle que piense sobre sus períodos entre los 20 y los 40 años de edad. Por favor piense cómo eran sus períodos cuando no usaba píldoras anticonceptivas u otros medicamentos hormonales, y no estaba embarazada o dando el pecho. Tómese su tiempo para pensar y responder.*

10. ¿Cuántos días duraba normalmente uno de sus ciclos menstruales, es decir, entre el principio de un período menstrual hasta el principio del sangrado del siguiente período?

- Menos de 24 días 0
- De 24 a 35 días 1
- Más de 35 días 2
- Era demasiado variable o irregular para decir 3
- Refused 7
- Don't know 9

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: RMS
VERSION: 1, 9/5/2014

Contact
Occasion

0	2	SEQ number	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	---	---------------	----------------------	----------------------

11. ¿Le ha dicho algún proveedor de atención médica que tiene síndrome de ovarios poliquísticos (PCOS)?
- No 0
- Sí 1
- Refused 7
- Unsure 9

B. PREGNANCY HISTORY QUESTIONS

Ahora le haré preguntas sobre embarazos que haya tenido antes o después de la Visita 1 de SOL en [fecha].

	¿Antes de la Visita 1?	¿Después de la Visita 1?
12. ¿Cuántas veces estuvo embarazada antes de la Visita 1? ¿Después de la Visita 1? [If 12a=0 and 12b=0, then End Questionnaire and do not administer PCE Questionnaire] [If all pregnancies after visit 1 End Questionnaire after Q18]	12a. <input type="text"/> <input type="text"/>	12b. <input type="text"/> <input type="text"/>
13. ¿Cuántos embarazos tuvo que hayan durado 6 meses o más antes de la Visita 1? ¿Después de la Visita 1?	13a. <input type="text"/> <input type="text"/>	13b. <input type="text"/> <input type="text"/>
14. ¿Cuántos embarazos perdió antes de la Visita 1? Me refiero a embarazos que haya perdido antes de las 24 semanas.	14a. <input type="text"/> <input type="text"/>	
15. ¿Cuántos embarazos ectópicos o en las trompas de la matriz tuvo antes de la Visita 1?	15a. <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. ¿Cuántos partos tuvo vía cesárea antes de la Visita 1?	16a. <input type="text"/> <input type="text"/>	

[If 16a is greater than 12 a, prompt the participant to reconcile the discrepancy. Sum answers to 13a, 14a, and 15a. If the sum of these three is greater than 12a, prompt the participant and reconcile the discrepancy. If 13a+14a+15a is smaller than 12a, we assume that the other pregnancies ended with abortions.]

[Question 17 and 18, are asking about any pregnancies, both before and after Visit 1]

17. ¿Durante cualquiera de sus embarazos [o durante su único embarazo] se sintió triste, desolada o muy ansiosa? Nos referimos a un período de por lo menos dos semanas en el que se haya sentido mal consigo misma y que fuera peor que los altibajos naturales de la vida. **Por “dos semanas” me refiero a la mayor parte del día casi todos los días.**

- No 0
- Sí 1
- Unsure or refused 9

18. ¿Después de cualquiera de sus embarazos [o después de su único embarazo], dentro de los primeros 6 meses después del parto, se sintió triste, desolada o muy ansiosa? Nos referimos a un periodo de por lo menos dos semanas en el que se haya sentido mal consigo misma y que fuera peor que los altibajos naturales de la vida. **Por “dos semanas” me refiero a la mayor parte del día casi todos los días.**

- No 0
- Sí 1
- Unsure or refused 9

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 9/5/2014

Contact
Occasion

0	2	SEQ number		
---	---	---------------	--	--

[If all pregnancies after visit 1, end questionnaire and complete one PCE per pregnancy after visit 1 that lasted 6 months or longer.]

Con respecto al resto de las preguntas en este formulario, ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus embarazos que ocurrieron antes de la Visita 1 en [fecha].

19. ¿Cuántos bebés nacieron vivos antes de la Visita 1? [If none, enter 0].

--	--

19a. ¿Cuántos bebés nacieron muertos antes de la Visita 1? [If none, enter 0].

--	--

20. ¿Tuvo algunas de estas enfermedades o complicaciones durante cualquiera de sus embarazos que ocurrieron antes de la Visita 1 en [fecha]?

	No	Sí	Refused	Not Sure
20.a. ¿Presión alta o hipertensión?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.b. ¿Preeclampsia o toxemia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.c. ¿Ataques, convulsiones o eclampsia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.d. ¿Diabetes, diagnosticada por primera vez durante el embarazo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.e. ¿Tuvo un bebé que pesara menos de 5.5 libras (2.5kg)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.f. ¿Tuvo un bebé que pesara más de 9 lbs (4.09kg)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.g. ¿Tuvo un bebé prematuro, o que haya nacido antes de las 37 semanas?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
20.h. ¿Tuvo gemelos, trillizos o más bebés?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

21. Usted indicó que tuvo [12a - 13a] embarazo(s) que duraron/duró menos de 6 meses y ocurrieron/ocurrió antes de la Visita 1. ¿Para cuantos embarazos (o embarazo) recibió usted cuidado prenatal: tanto dentro como fuera de los Estados Unidos, solo en los Estados Unidos o solo fuera de los Estados Unidos?

21a. No recibió cuidado prenatal

--	--

[enter 77 for refusals]

21b. Tanto dentro como fuera de los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

21c. Solo en los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

21d. Solo fuera de los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

[sum 21a, b, c and d. If this sum is greater than (12a-13a), prompt the patient to reconcile]

22. Usted indicó que tuvo [13a] embarazo(s) que duraron/duró 6 meses o más y ocurrieron/ocurrió antes de la Visita 1. ¿Para cuantos embarazos (o embarazo) recibió usted cuidado prenatal: tanto dentro como fuera de los Estados Unidos, solo en los Estados Unidos o solo fuera de los Estados Unidos?

22a. No recibió cuidado prenatal

--	--

[enter 77 for refusals]

22b. Tanto dentro como fuera de los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

22c. Solo en los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

22d. Solo fuera de los Estados Unidos

--	--

[enter 77 for refusals]

[sum 22a, b, c and d. If this sum is greater than 13a, prompt the patient to reconcile]

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 1, 9/5/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ
number

--	--

End of Questionnaire

If the number reported for Q12b is “0”, then do not fill out a PCE/PCS form. If the number reported for Q13b is 1 or greater, then fill out a PCE/PCS form for each pregnancy that lasted 6 months or longer; and you may say, “*Ahora, quisiéramos hacerle preguntas más detalladas sobre los embarazos que ocurrieron después de la Visita 1 de SOL en [fecha] y duraron 6 meses o más.*”

GO to PREGNANCY COMPLICATIONS Form to collect details of each pregnancy after SOL Visit 1 that lasted 6 months or longer.