



HCHS/SOL Reproductive Medical History RMS

ID NUMBER:

FORM CODE: RMS
VERSION: 2 2/18/2022

Contact Occasion

0 3

Occurrence

0 1

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.

Introducción: Nos gustaría actualizar nuestros registros para cualquier problema de salud que pueda haber experimentado relacionado con la menstruación y el embarazo. Algunas son preguntas que hicimos antes, pero queremos asegurarnos de que no nos falte nada.

Es posible que se sienta incómoda respondiendo a alguna de estas preguntas y que no quiera responderlas. Por favor, tómese su tiempo para pensar en 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. ¿Puedo continuar a hacerle estas preguntas?

A. Women's Health Questions

1. ¿Ha dejado de tener sus períodos PERMANENTEMENTE? (Sin periodo en los últimos 12 meses) [Si la respuesta es Sí, ¿todavía tiene periodos inducidos por hormonas?]

No 0

Sí, no tengo períodos 1 → **GO TO QUESTION 2**

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

Refused 7

Unsure 9

- 1a. **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 5**
mm /dd /yyyy

2. ¿A qué edad dejó de tener sus períodos de forma natural? edad en años [Enter 99 if unsure]

3. ¿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

ID NUMBER:

FORM CODE: RMS
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact Occasion 0 3 Occurrence 0 1

4. Desde su última visita, ¿le hicieron una histerectomía? (esto es una cirugía para remover el útero o la matriz)

No 0 → **GO TO QUESTION 5**

Sí 1

Refused 7 → **GO TO QUESTION 5**

Unsure 9 → **GO TO QUESTION 5**

4a. ¿Qué edad tenía cuando le hicieron la cirugía? edad en años [Enter 99 if unsure]

5. Desde su última visita, ¿ha usado contraceptivos hormonales u otros medicamentos hormonales?

No 0 → **GO TO QUESTION 7**

Sí 1

Refused 7 → **GO TO QUESTION 7**

Unsure/Don't know 9 → **GO TO QUESTION 7**

6. Desde su última visita, ¿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 7.]

B. PREGNANCY HISTORY QUESTIONS

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas más detalladas sobre embarazos que ocurrieron DESPUES de su visita al centro SOL el: (6f.) [last SOL Visit date]

7. Desde su última visita, ¿ha estado embarazada?

No 0 [End Questionnaire] Yes 1 [Go to Q8]

8. Desde su última visita, ¿cuántas veces ha estado embarazada?

9. Desde su última visita, ¿cuántos embarazos que duraron 24 semanas o más tuvo usted?

10. Desde su última visita, ¿cuántos abortos espontáneos ha sufrido? Un aborto espontáneo es pérdida de un embarazo de menos de 24 semanas.

11. Desde su última visita, ¿cuántos bebés nacieron vivos? [If none, enter 00]

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

FORM CODE: RMS
VERSION: 2, 2/18/2022

Contact
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

12. Desde su última visita, ¿cuántos bebés nacieron muertos? [If none, enter 00]

13. ¿Tuvo algunas de estas enfermedades o complicaciones durante cualquiera de sus embarazos desde su última visita el: (13a.) [Last SOL Visit DATE]?

	No	Sí	Refused	Not Sure
13b. ¿Presión alta o hipertensión, diagnosticada por primera vez durante el embarazo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13c. ¿Preeclampsia o toxemia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13d. ¿Ataques, convulsiones o eclampsia?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13e. ¿Diabetes, diagnosticada por primera vez durante el embarazo?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13f. ¿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"/>
13g. ¿Tuvo un bebé que pesara más de 9 libras (4,09kg)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13h. ¿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"/>
13i. ¿Tuvo gemelos, trillizos o más bebés?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>