

8. ¿Ha masticado tabaco de mascar alguna vez? No Sí

Si contesta sí, marque ¿durante cuántos años? 1 – 10 años 11 – 20 años 21 años o más

Si contesta sí, escriba ¿está actualmente consumiendo tabaco de mascar? No Sí

9. ¿Cuánto pesa actualmente libras

10.Cuál fue su peso máximo en toda su vida? (*mujeres no incluyen el embarazo*) libras → ¿A qué edad?

11. ¿Le ha diagnosticado alguna vez su doctor con alguna de estas enfermedades? (*marque todo lo que sea pertinente*)

	No		Sí		Si contesta Sí, conteste, ¿A qué edad le diagnosticaron por primera vez?		No		Sí		Si contesta Sí, conteste, ¿A qué edad le diagnosticaron por primera vez?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Osteoporosis (huesos quebradizos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Úlcera (estómago o duodenal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Angina de pecho (dolor de pecho debido al esfuerzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Piedras del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Ataque de apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Pólipo de los intestinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Cirugía de catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Extirpación de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Cáncer de la piel (no melanoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Próstata extendida (sólo hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Otro tipos de artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Enfermedad benigna de la mama (no cáncer) (sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

12. ¿Ha tenido algunos de los siguientes exámenes? (*marque todo lo que sea pertinente*)

SI CONTESTA SÍ, MARQUE CADA AÑO QUE SE HIZO UN EXÁMEN

	No		Sí		Antes de 2005 en 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014											
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroscopia del estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colonoscopia o sigmoidoscopia del intestino grueso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antígeno específico de la próstata, muestra de sangre para próstata (sólo hombres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mamograma (sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prueba de Papanicolaou (sólo mujeres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALCOHOL

13. ¿Está actualmente tomando bebidas alcohólicas?

No Sí

Si contesta Sí, marque: ¿cuántos días por semana Usted bebe alcohol por término medio?

Menos de una vez de 4 a 6 días
 de 1 a 3 días Cada día

Si contesta Sí, escriba: ¿cuántas latas/botellas/copas toma los días que bebe alcohol?

latas / botellas / copas

ACTIVIDAD FÍSICA

14. Como promedio durante el año pasado, ¿cuántas horas durmió Ud. por noche?

HORAS

--	--

15. Como promedio durante el año pasado, ¿cuántas horas durmió Ud. al día (incluyendo siestas)?

HORAS

--	--

16. Como promedio durante el año pasado, ¿cuántas horas al día pasó Ud. en las siguientes actividades en posición sentada?

	MARQUE SÓLO UNA						
	Ninguna	Menos de 1 hora	1 – 2 horas	3 – 4 horas	5 – 6 horas	7 – 10 horas	11 horas o más
Sentado en un carro, un autobús, un camión o un tren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado en la oficina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mirando la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado a la mesa comiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras actividades sentadas (tal como leyendo, jugando a las cartas, cosiendo, usando una computadora personal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Como promedio durante el año pasado, ¿cuántas horas pasó Ud. haciendo las actividades siguientes por semana?

	MARQUE SÓLO UNA							
	Ninguna	1/2 – 1 hora	2 – 3 horas	4 – 6 horas	7 – 10 horas	11 – 20 horas	21 – 30 horas	31 horas o más
Actividades Recreativas Agotadoras (tal como correr, trotar, subir colinas en bicicleta, jugar fútbol, tenis, nadar, hacer aeróbicos, levantar pesas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo Agotador (tal como mover muebles pesados, cargar o descargar camiones, trabajo de construcción, palear o trabajo equivalente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades Recreativas Moderadas (tal como caminar rápido, jugar golf, hacer bicicleta en terreno llano, jardinería, bailar, softball)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo Moderado (tal como tareas domésticas, trabajo de jardinería, de restaurante, de venta, actividades físicas moderadas equivalentes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Aproximadamente, ¿cuántas horas al día, pasa Ud. afuera los días de semana y los fines de semana?

Días de semana: Ninguna menos de 1 1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 – 8 más de 8
Fines de semana: Ninguna menos de 1 1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 – 8 más de 8

VITAMINAS

19. ¿Tomó algunas vitaminas durante el año pasado, por lo menos una vez por semana?

¿CON QUÉ FRECUENCIA? →

¿POR CUÁNTOS AÑOS?

			¿CON QUÉ FRECUENCIA?			¿POR CUÁNTOS AÑOS?			
	No	Sí	1 – 3 veces por semana	4 – 6 veces por semana	Una vez al día	1 año o menos	2 – 4 años	5 – 9 años	10 años o más
VITAMINAS MÚLTIPLES Tipo regular como: One-A-Day, Centrum, Theratype u otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complejo-B o tipo Stress-tab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VITAMINAS INDIVIDUALES Acido fólico, folato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamina D, individual or combinada con algo mas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELACIONADO CON LA SALUD

20. Generalmente, Ud. diría que su salud es: Excelente Muy Buena Buena Regular Mala

21. Cobertura del seguro de salud: (marque todo lo que sea pertinente)

Ninguna Medicaid Medicare Seguro Privado VA (Militar) Otro tipo

MEDICAMENTOS

22. ¿Ha tomado alguna vez unos de los siguientes medicamentos por lo menos **dos veces por semana** (durante un mes o más)?

ASPIRINA (Anacin, Bufferin, Bayer, Excedrin, Ecotrin u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

ACETAMINOFÉN (Tylenol, Anacin sin Aspirina u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

CELEBREX (Celecoxib), **VIOXX** (Rofecoxib) o **BEXTRA** (Valdecoxib)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

OTRO MEDICAMENTO PARA ALIVIAR EL DOLOR (Motrin, Ibuprofen, Advil, Aleve, Naprosyn, Indocin u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

PASTILLA DE AGUA PARA LA HIPERTENSIÓN U OTRA RAZONES (Hydrochlorothiazide, Maxzide, Furosemide, Lasix u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA HIPERTENSIÓN (Verapamil, Norvasc, Prinivil, Cozaar, Procardia, Atenolol, Metaprolol, Lotensin, Vasotec u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

MEDICAMENTOS PARA EL COLESTEROL ALTO (Lipitor, Mevacor, Zocor, Pravachol, Lopid u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

Si contesta Sí, escriba ¿por cuántos años se los tomó?

Si contesta Sí, escriba ¿por cuántos años se los tomó?

MEDICAMENTOS PARA ÚLCERA PÉPTICA (Tagamet, Zantac, Pepcid, Prevacid, Prilosec u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

PASTILLAS PARA DIABETES (Glucophage, Glyburide, Glucotrol, Avandia, Actos u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

INYECCIÓN DE INSULINA PARA DIABETES

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

PASTILLAS O INYECCIÓN PARA LAS ALERGIAS (Antihistaminicos tal como Claritin, Allegra, Zyrtec, Benadryl u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

PASTILLAS O INHALADORES PARA EL ASMA (Albuterol, Azmacort, Proventil, Theophylline u otros)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

EVISTA (Raloxifene)

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

FOSAMAX (Alendronate), **ACTONEL** (Risedronate), **O BONIVA** (Ibandronate) para huesos quebradizos

No

Sí, pero ahora no →

Sí, actualmente sí →

SÓLO PARA MUJERES

23. ¿Ha tomado alguna vez **estrógeno (hormonas femeninas)** por pastillas, inyecciones o parche para la menopausia u otras razones?

- No (pase a la pregunta 24)
- Sí, y lo estoy tomando actualmente
- Sí, pero no lo estoy tomando más

Si contesta Sí, marque ¿por cuántos años tomó estrógeno?

- Menos de un año 10 – 14 años
- 1 – 2 años 15 – 19 años
- 3 – 5 años 20 años o más
- 6 – 9 años

Si Ud. dejó de tomar estrógeno, ¿cuándo lo hizo?

- Hace menos de un año Hace 5 – 6 años
- Hace 1 – 2 años Hace 7 – 8 años
- Hace 3 – 4 años Hace 9 años o más

24. ¿Ha tomado alguna vez **progesterona (tal como Provera)** para la menopausia?

- No
- Sí, y lo estoy tomando actualmente
- Sí, pero no lo estoy tomando más

Si contesta Sí, marque ¿A qué edad empezó?

Si contesta Sí, marque ¿por cuántos años tomó progesterona?

- Menos de un año 10 – 14 años
- 1 – 2 años 15 – 19 años
- 3 – 5 años 20 años o más
- 6 – 9 años

Si Ud. dejó de tomar progesterona, ¿cuándo lo hizo?

- Hace menos de un año Hace 5 – 6 años
- Hace 1 – 2 años Hace 7 – 8 años
- Hace 3 – 4 años Hace 9 años o más

¡MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y COOPERACIÓN!

Página 4