

Formulario A5/D2: Historial de Salud del Participante / Condiciones Médicas Evaluadas por el Profesional Clínico

ADRC: _____

PTID: _____

Fecha del Formulario (MM/DD/AAAA): Visita #: _____

Iniciales del Examinador: _____

Idioma: <input type="checkbox"/> 1 Inglés <input type="checkbox"/> 2 Español	Modo: <input type="checkbox"/> 1 En persona <input type="checkbox"/> 2 Remoto (razón): _____ <input type="checkbox"/> 1 Teléfono <input type="checkbox"/> 2 Video	Clave (razón remoto): 1=Demasiado deterioro cognitivo 2=Demasiado deterioro físico 3=Confinado en su casa o en residencia de ancianos 4=Rechazó la visita en persona 5=Otra
------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INSTRUCCIONES: Este formulario debe ser completado por un profesional clínico o personal del ADRC basado en la entrevista de historia médica con el participante y co-participante, así como la revisión de cualquier expediente médico que esté disponible. Cualquier condición nueva identificada durante la visita debe ser incluida en este formulario. Para aclaraciones y ejemplos adicionales, consulte la [Guía de Codificación, Formulario A5/D2](#). Seleccione una sola opción para cada pregunta, a menos que se indique lo contrario.

Sección 1 – Uso de tabaco, alcohol y consumo de sustancias

Uso de tabaco

1a.	¿El participante ha fumado <u>más de</u> 100 cigarros / cigarrillos en su vida? — (SI LA RESPUESTA ES NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 1f)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1b.	Número total de años que ha fumado (99 = Desconocido)	_____		
1c.	Número promedio de paquetes de cigarros / cigarrillos fumados por día:	<input type="checkbox"/> 1 1 cigarrillo a menos de ½ paquete	<input type="checkbox"/> 4 1½ paquetes a menos de 2 paquetes	
		<input type="checkbox"/> 2 ½ paquete a menos de 1 paquete	<input type="checkbox"/> 5 2 paquetes o más	
		<input type="checkbox"/> 3 1 paquete a menos de 1½ paquetes	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido	
1d.	¿El participante ha fumado en los <u>últimos 30 días</u> ?	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1e.	Si el participante dejó de fumar, especifique la edad en la que fumó por última vez (dejó de fumar) (888 = No aplica, 999 = Desconocido)	_____		

Uso de alcohol

1f.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha consumido el participante una bebida que contiene alcohol? (SI NUNCA O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 1i)	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 3 2-3 veces por semana
		<input type="checkbox"/> 1 Una vez al mes o menos	<input type="checkbox"/> 4 4 o más veces por semana
		<input type="checkbox"/> 2 2-4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1g.	En un día en que el participante consume bebidas alcohólicas, ¿cuántas bebidas estándar suele consumir? (Bebida estándar: 12oz/350ml de cerveza normal, 5oz/150ml de vino, 1.5oz/45ml de licores destilados)	<input type="checkbox"/> 1 1 o 2	<input type="checkbox"/> 4 7-9
		<input type="checkbox"/> 2 3-4	<input type="checkbox"/> 5 10 o más
		<input type="checkbox"/> 3 5-6	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1h.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el participante tomó seis o más bebidas que contenían alcohol en un día?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 3 Una vez por semana
		<input type="checkbox"/> 1 Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/> 4 Diario o casi diario
		<input type="checkbox"/> 2 Una vez al mes	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido

Uso de sustancias

1i.	¿Ha consumido el participante sustancias incluyendo drogas recetadas o recreativas que causaron un deterioro significativo en una o más de las siguientes áreas: laboral, conducir un vehículo, legal, social u otras?		
1i1.	En los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1i2.	Antes de los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 Desconocido
1j.	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia consumió el participante cannabis (comestible, fumado, o vaporizado)?	<input type="checkbox"/> 0 Nunca	<input type="checkbox"/> 3 2-3 veces por semana
		<input type="checkbox"/> 1 1 vez por mes o menos	<input type="checkbox"/> 4 4 o más veces por semana
		<input type="checkbox"/> 2 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido

En las siguientes secciones (páginas 2-7) registre la presencia o ausencia **de un historial de estas condiciones**, basándose en el juicio clínico teniendo en cuenta la entrevista médica realizada con el participante y co-participante, así como la revisión de cualquier expediente médico que esté disponible.

LA CONDICION DEBE SER CONSIDERADA ...

Ausente:	Reciente/Activa:	Remota/Inactiva:	Desconocida (DSC)
Nunca ha estado presente.	Ocurrió en el último año, o aún requiere tratamiento activo.	Existió u ocurrió en el pasado (hace más de un año) pero se resolvió, o actualmente no hay tratamiento en curso.	No hay información suficiente para evaluar esta condición.

Sección 2 – Enfermedad cardiovascular

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
2a. Ataque cardíaco (<i>obstrucción de arteria cardíaca</i>) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2a1. ¿Más de un ataque cardíaco?	<input type="checkbox"/> 0 No		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
2a2. Edad del ataque cardíaco más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2b. Paro cardíaco — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE LA PREGUNTA 2c)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2b1. Edad del paro cardíaco más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2c. Fibrilación auricular	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2d. Angioplastia / endarterectomía / stent	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2e. Bypass cardíaco / coronario — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 2f)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2e1. Edad de la cirugía más reciente (999 = Desconocido)	____ _			
2f. Marcapasos y/o implantación de desfibrilador — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2g)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2f1. Edad de la primera implantación (999 = Desconocida)	____ _			
2g. Insuficiencia cardíaca congestiva (incluye edema pulmonar)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2h. Reemplazo o reparación de válvula cardíaca — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 2i)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
2h1. Edad del procedimiento más reciente (999 = Desconocida)	____ _			
2i. Otra enfermedad cardiovascular (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
3a. Accidente cerebrovascular según la historia clínica, sin examen (<i>no se requiere estudios de imagen</i>) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
3a1. ¿Más de un accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> 0 No		<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
3a2. Edad en el momento del accidente cerebrovascular más reciente (999 = Desconocida)	____ _			
	NUNCA MEJORÓ	MEJORÓ PARCIALMENTE	MEJORÓ/ RETORNO A LA NORMALIDAD	DESCONOCIDO
3a3. ¿Cuál es el estado de los síntomas del accidente cerebrovascular?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

Sección 3 – Enfermedad cerebrovascular*continuación...*

3a4.	¿Cirugía de la arteria carótida o colocación de stent/cánula? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 3b)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
3a5.	Edad de la cirugía de la arteria carótida o stent más reciente (999 = Desconocido)	____ _		
		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA
3b.	¿Ataque transitorio isquémico (ATI o TIA, por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4a)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
				<input type="checkbox"/> 9
3b1.	Edad en el momento del ATI (TIA) más reciente (999 = Desconocido)	____ _		

Sección 4 – Enfermedades neurológicas

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
4a.	Enfermedad de Parkinson — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 9
4a1.	Edad estimada del inicio de los síntomas de la Enfermedad de Parkinson (999 = Unknown)	____ _			
4b.	Otro desorden parkinsoniano (por ej., Demencia con cuerpos de Lewy) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4c)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 9
4b1.	Edad del diagnóstico del desorden parkinsoniano (999 = Desconocido)	____ _			
4c.	Epilepsia y/o historial de convulsiones (excluyendo convulsiones febriles en la infancia) — (SI REMOTA/INACTIVA, SALTE A LA PREGUNTA 4c2, SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4d)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4c1.	¿Cuántas convulsiones ha tenido el participante en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> 0 Ninguna <input type="checkbox"/> 1 1 o 2 <input type="checkbox"/> 2 3 o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
4c2.	Edad de la primera convulsión (excluyendo convulsiones infantiles) (999 = Desconocido)	____ _			
4d.	Dolores de cabeza crónicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4e.	Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4f.	Hidrocefalia de presión normal	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
4g.	Impactos repetidos en la cabeza (por ej., por deportes de contacto, violencia de pareja o servicio militar), sin importar si causó síntomas. (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 4h)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC	
4g1.	Indique la razón o razones de los golpes repetidos en la cabeza: (Marque todas las que apliquen)	4g1a. <input type="checkbox"/> 1 Fútbol americano 4g1b. <input type="checkbox"/> 1 Fútbol (soccer) 4g1c. <input type="checkbox"/> 1 Hockey sobre el hielo 4g1d. <input type="checkbox"/> 1 Boxeo o artes marciales 4g1e. <input type="checkbox"/> 1 Otro deporte de contacto 4g1f. <input type="checkbox"/> 1 Violencia de pareja 4g1g. <input type="checkbox"/> 1 Servicio militar 4g1h. <input type="checkbox"/> 1 Agresión física 4g1i. <input type="checkbox"/> 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____			
4g2.	Indique cuantos años en total el participante estuvo expuesto a golpes repetidos en la cabeza (por ej., jugó fútbol americano durante 7 años) (999 = Desconocido)	____ _			

Sección 4 – Enfermedades neurológicas*continuación...*

4h.	Lesión en la cabeza (<i>por ej., en un accidente automovilístico, golpe por un objeto, por una caída, mientras practicaba deportes o iba en bicicleta, en un asalto, o durante el servicio militar</i>) que resultó en un período de confusión, sin poder recordar detalles de la lesión, o pérdida del conocimiento (<i>si hay múltiples lesiones en la cabeza, considere el episodio más grave</i>). (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5a)	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
4h1.	Después de una lesión en la cabeza, ¿cuál fue el período de tiempo más largo que el participante estuvo inconsciente?	<input type="checkbox"/> 0 Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> 1 5 minutos a menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 2 30 minutos a menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 3 1 día a menos de 7 días	<input type="checkbox"/> 4 7 días o más <input type="checkbox"/> 8 No aplica, nunca perdió el conocimiento <input type="checkbox"/> 9 Duración desconocida	
4h2.	Después de una lesión en la cabeza, ¿cuál fue el período de tiempo más largo que el participante estuvo "aturdido o confundido" o incapaz de recordar los detalles del evento que llevó a la lesión?	<input type="checkbox"/> 0 Menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> 1 5 minutos a menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 2 30 minutos a menos de 24 horas <input type="checkbox"/> 3 1 día a menos de 7 días	<input type="checkbox"/> 4 7 días o más <input type="checkbox"/> 8 No aplica, nunca se sintió aturdido o confundido <input type="checkbox"/> 9 Duración desconocida	
4h3.	Número total de lesiones en la cabeza donde el participante se sintió "aturdido o confundido", incapaz de recordar los detalles del evento que llevó a la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento.	<input type="checkbox"/> 0 Ninguna <input type="checkbox"/> 1 1-2 <input type="checkbox"/> 2 3-5	<input type="checkbox"/> 3 6-12 <input type="checkbox"/> 4 13 o más <input type="checkbox"/> 9 Desconocido	
4h4.	Edad de la <u>primera</u> lesión en la cabeza que resultó en un período donde el participante se sintió "aturdido o confundido," incapaz de recordar los detalles de la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento: (999 = Desconocido)	____ _		
4h5.	Edad de la lesión en la cabeza <u>más reciente</u> que resultó en un período donde el participante se sintió "aturdido o confundido," incapaz de recordar los detalles de la lesión, o tuvo pérdida del conocimiento: (999 = Desconocido)	____ _		

Sección 5 – Condiciones médicasSi alguna de las condiciones aún requieren tratamiento activo y/o medicamentos, por favor seleccione "**Reciente/Activa**."

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
5a.	Diabetes — (SI AUSENTE O DESCONOCIDA, SALTE A LA PREGUNTA 5b)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5a1.	¿Qué tipo?	<input type="checkbox"/> 1 Tipo 1 <input type="checkbox"/> 2 Tipo 2 <input type="checkbox"/> 3 Otra (<i>diabetes insípida, diabetes autoinmune latente/tipo 1.5, diabetes gestacional, prediabetes</i>) <input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
5a2.	Tratada con (Marque todas las que apliquen)	5a2a. <input type="checkbox"/> 1 Insulina 5a2b. <input type="checkbox"/> 1 Medicina oral 5a2c. <input type="checkbox"/> 1 Agonistas del receptor GLP-1 5a2d. <input type="checkbox"/> 1 Otro medicamento inyectable (no insulina y no agonistas del receptor GLP-1) 5a2e. <input type="checkbox"/> 1 Dieta 5a2f. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			
5a3.	Edad del diagnóstico de diabetes (999 = Desconocido)	____ _			
5b.	Hipertensión (<i>o tomando medicamentos para la hipertensión</i>) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5c)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5b1.	Edad del diagnóstico de hipertensión (999 = Desconocido)	____ _			

Sección 5 – Condiciones médicas*continuación...*

		AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
5c.	Hipercolesterolemia (o tomando medicamentos para la hipercolesterolemia) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5d)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5c1.	Edad del diagnóstico de hipercolesterolemia (999 = Desconocido)	____			
5d.	Deficiencia de vitamina B12	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5e.	Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5f.	Artritis — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5g)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5f1.	Tipo de artritis (Marque todas las que apliquen)	5f1a. <input type="checkbox"/> 1 Reumatoide 5f1b. <input type="checkbox"/> 1 Osteoartritis 5f1c. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE): _____ 5f1d. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			
5f2.	Regiones afectadas (Marque todas las que apliquen)	5f2a. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad superior 5f2b. <input type="checkbox"/> 1 Extremidad inferior 5f2c. <input type="checkbox"/> 1 Columna vertebral 5f2d. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			
5g.	Incontinencia — urinaria (ocurre por lo menos 1 vez por semana)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5h.	Incontinencia — fecal (ocurre por lo menos 1 vez por semana)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5i.	Apnea del sueño — (SI AUSENTE, REMOTA/INACTIVA, O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5j)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5i1.	Uso típico de una ayuda respiratoria en la noche durante los últimos 12 meses (por ej., CPAP)	<input type="checkbox"/> 0 Ninguno <input type="checkbox"/> 1 < 4 horas por noche <input type="checkbox"/> 2 > 4 horas por noche <input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
5i2.	Uso típico de un dispositivo oral o implante para apnea del sueño en la noche durante los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> 0 Ninguno <input type="checkbox"/> 1 < 4 horas por noche <input type="checkbox"/> 2 > 4 horas por noche <input type="checkbox"/> 9 Desconocido			
5j.	Trastorno de conducta del sueño REM (por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5k.	Hiposomnía/insomnio (ocurre por lo menos una vez por semana o requiere medicamento)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5l.	Otro trastorno del sueño (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5m.	Cáncer, primario o metastásico — (Reporte todos los diagnósticos conocidos. Excluya cáncer de piel no-melanoma. SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5n)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5m1.	Tipo de cáncer (Marque todas las que apliquen)	5m1a. <input type="checkbox"/> 1 Primario/no-metastásico 5m1b. <input type="checkbox"/> 1 Metastático (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 5m1b1. <input type="checkbox"/> 1 Metastático al cerebro 5m1b2. <input type="checkbox"/> 1 Metastático a otras partes que no son el cerebro 5m1c. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			

Sección 5 – Condiciones médicas*continuación...*

5m2.	Localización primaria: (Marque todas las que apliquen)	5m2a. <input type="checkbox"/> 1 Sangre 5m2b. <input type="checkbox"/> 1 Seno 5m2c. <input type="checkbox"/> 1 Colon 5m2d. <input type="checkbox"/> 1 Pulmón 5m2e. <input type="checkbox"/> 1 Próstata 5m2f. <input type="checkbox"/> 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____
5m3.	Tipo de tratamiento para cáncer (Marque todas las que apliquen)	5m3a. <input type="checkbox"/> 1 Radiación 5m3b. <input type="checkbox"/> 1 Resección quirúrgica 5m3c. <input type="checkbox"/> 1 Inmunoterapia 5m3d. <input type="checkbox"/> 1 Transplante de médula ósea 5m3e. <input type="checkbox"/> 1 Quimioterapia 5m3f. <input type="checkbox"/> 1 Terapia hormonal 5m3g. <input type="checkbox"/> 1 Otra (ESPECIFIQUE): _____
5m4.	Edad del diagnóstico de cáncer más reciente (999 = Desconocido)	____ _

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
5n. Infección por COVID-19 — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5o)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5n1. ¿Requirió hospitalización?		<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 DSC
5o. Asma/Enfermedad pulmonar/EPOC (COPD por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5p. Enfermedad renal crónica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5q)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5p1. Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
5q. Enfermedad hepática — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5r)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5q1. Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
5r. Enfermedad vascular periférica — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5s)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5r1. Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
5s. Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH o HIV por sus siglas en inglés) — (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5t)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5s1. Edad del diagnóstico (999 = Desconocido)		____ _		
5t. Otra enfermedad o procedimiento (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

Sección 6 – Enfermedades psiquiátricas

*Para diagnosticar un trastorno psiquiátrico, **los criterios del DSM-5-TR requieren** que los síntomas causen malestar o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. Para obtener más información, consulte la **Guía de Codificación UDS, Formulario A5/D2**.

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
6a. Trastorno de depresión				
6a1. Trastorno de depresión mayor (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6a2. Otro trastorno depresivo específico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6a3. Si existe un trastorno depresivo Reciente/Activo (Q6a1 or Q6a2) , marque si está en tratamiento	<input type="checkbox"/> 0 Sin tratamiento	<input type="checkbox"/> 1 Tratamiento con medicamentos y/o psicoterapia		

Sección 6 – Enfermedades psiquiátricas*continuación...*

	AUSENTE	RECIENTE/ ACTIVA	REMOTA/ INACTIVA	DESCONOCIDA
6b. Trastorno bipolar (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6c. Esquizofrenia u otro trastorno psicótico (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6d. Trastorno de ansiedad (criterios DSM-5-TR*) (SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 6e)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6d1. Trastorno de ansiedad generalizada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6d2. Trastorno de pánico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6d3. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC u OCD por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6d4. Otro (ESPECIFICAR): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6e. Trastorno de estrés post-traumático (TEP o PTSD por sus siglas en inglés) (criterios DSM-5-TR*)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6f. Trastornos neuropsiquiátricos del desarrollo (<i>por ej., trastorno del espectro autista [TEA o ASD por sus siglas en inglés], déficit de atención con hiperactividad [TDAH o ADHD por sus siglas en inglés], dislexia</i>)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
6g. Otros trastornos psiquiátricos (ESPECIFIQUE): _____	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9

Sección 7 – Salud menstrual y reproductiva

Si las preguntas sobre salud menstrual y reproductiva son relevantes para este participante, continúe con la pregunta 7a. De lo contrario, **TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ.**

7a. Qué edad tenía la participante cuando tuvo su primer período menstrual? (888 = Nunca tuvo un período menstrual, 999 = Desconocido) (SI NO TUVO UN PERÍODO MENSTRUAL, SALTE A LA PREGUNTA 7d)	_____
7b. ¿Qué edad tenía la participante cuando tuvo su último período menstrual? (888 = Si todavía menstruando, 999 = Desconocido) (SI TODAVÍA MENSTRUANDO, SALTE A LA PREGUNTA 7d)	_____
7c. Si la participante ha dejado de tener períodos menstruales, indique el motivo. (Marque todas las que apliquen) <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> 7c1. <input type="checkbox"/> 1 Menopausia natural 7c2. <input type="checkbox"/> 1 Histerectomía (extirpación quirúrgica del útero) 7c3. <input type="checkbox"/> 1 Extirpación quirúrgica de ambos ovarios 7c4. <input type="checkbox"/> 1 Quimioterapia para cáncer u otra afección 7c5. <input type="checkbox"/> 1 Tratamiento de radiación u otros daños/lesiones a los órganos reproductivos 7c6. <input type="checkbox"/> 1 Suplementos hormonales (por ej., pastillas anticonceptivas, inyecciones, Mirena, terapia de reemplazo hormonal [HRT por sus siglas en inglés]) 7c7. <input type="checkbox"/> 1 Medicamento antiestrogénico como tamoxifeno, anastrozol (Arimidex), exemestano (Aromasin), or letrozol (Femara) 7c8. <input type="checkbox"/> 1 Desconocido 7c9. <input type="checkbox"/> 1 Otro (ESPECIFIQUE): _____ </div> <div style="width: 50%;"></div> </div>	
7d. ¿La participante ha tomado pastillas o parches de reemplazo hormonal femenino (por ej., estrógeno)? (SI NO O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 7e)	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 DSC
7d1. ¿Cuántos años en total? (999 = Desconocido)	_____
7d2. Edad de primer uso (999 = Desconocido)	_____
7d3. Edad de último uso (888= Usando actualmente, 999 = Desconocido)	_____
7e. ¿La participante alguna vez ha tomado pastillas anticonceptivas? (SI NO O DESCONOCIDO, TERMINE EL FORMULARIO AQUÍ)	<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 9 DSC
7e1. ¿Cuántos años en total? (999 = Desconocido)	_____
7e2. Edad de primer uso (999 = Desconocido)	_____
7e3. Edad de último uso (888= Usando actualmente, 999 = Desconocido)	_____