

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"/> 2 ½ paquete a menos de 1 paquete <input type="checkbox"/> 3 1 paquete a menos de 1½ paquetes	<input type="checkbox"/> 4 1½ paquetes a menos de 2 paquetes <input type="checkbox"/> 5 2 paquetes o más <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, ¿cuantas 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"/> 2 3-4 <input type="checkbox"/> 3 5-6	<input type="checkbox"/> 4 7-9 <input type="checkbox"/> 5 10 o más <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"/> 1 Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> 2 Una vez al mes	<input type="checkbox"/> 3 Una vez por semana <input type="checkbox"/> 4 Diario o casi diario <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?	<input type="checkbox"/> 0 No	<input type="checkbox"/> 1 Sí	<input type="checkbox"/> 9 Desconocido
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"/> 1 1 vez por mes o menos <input type="checkbox"/> 2 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> 3 2-3 veces por semana <input type="checkbox"/> 4 4 o más veces por semana <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 A 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. Remplazo 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/cáñula? (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	DESCONOCIDA
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: <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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. Despues 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 <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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 (<i>o tomando medicamentos para la hipercolesterolemia</i>) — (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 <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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 <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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 <i>(ocurre por lo menos 1 vez por semana)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5h.	Incontinencia — fecal <i>(ocurre por lo menos 1 vez por semana)</i>	<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 <i>(por ej., CPAP)</i>	<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.	Hiposomnia/insomnio <i>(ocurre por lo menos una vez por semana o requiere medicamento)</i>	<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 — <i>(Reporte todos los diagnósticos conocidos. Excluya cáncer de piel no-melanoma. SI AUSENTE O DESCONOCIDO, SALTE A LA PREGUNTA 5n)</i>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9
5m1.	Tipo de cáncer <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	5m1a. <input type="checkbox"/> 1 Primario/no-metastásico 5m1b. <input type="checkbox"/> 1 Metastásico (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) 5m1b1. <input type="checkbox"/> 1 Metastásico al cerebro 5m1b2. <input type="checkbox"/> 1 Metastásico a otras partes que no son el cerebro <input type="checkbox"/> 1 Desconocido			

Sección 5 – Condiciones médicas*continuación...*

5m2.	Localización primaria: <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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 <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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 medula 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 (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)	<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. <i>(Marque todas las que apliquen)</i>	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): _____
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)	_____