



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

PREGUNTAS SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DE AP EN LA MEU

Antecedentes cardiovasculares:

1. ¿Alguna vez le realizaron alguno de los siguientes procedimientos cardiovasculares?

a. Cirugía de la válvula cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
b. Prueba de tolerancia al ejercicio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
c. Angioplastia coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
d. Cirugía de revascularización (bypass) coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
e. Inserción de marcapasos permanente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
f. Cirugía femoral o de extremidades inferiores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Si respondió sí, indique cuándo (AAAA): _____
g. Otro procedimiento cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
i. En caso afirmativo, especifique el(los) procedimiento(s) y año(s):	_____ _____ _____

Dolor en el pecho:

2. ¿Siente alguna molestia en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. ¿Molestias en el pecho por un esfuerzo o emoción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
b. ¿Molestias en el pecho cuando está tranquilo o en reposo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
3. Si respondió SÍ , describa las características de su molestia en el pecho: <i>(Si respondió NO, pase a la pregunta 4)</i>	
a. Fecha del inicio de la molestia:	_____ / _____ (MM/AA)
b. Máxima duración:	_____ (en minutos)
c. Sitio:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Centro del esternón y parte superior del pecho <input type="checkbox"/> Cuadrante superior izquierdo de la caja torácica



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

	<input type="checkbox"/> Cuadrante inferior izquierdo de la caja torácica <input type="checkbox"/> Lado derecho del pecho <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Una combinación <input type="checkbox"/> Desconocido
d. Se irradia hacia:	<input type="checkbox"/> Ningún lado <input type="checkbox"/> Hombro izquierdo o brazo izquierdo <input type="checkbox"/> Hombro derecho o brazo derecho <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Una combinación <input type="checkbox"/> Desconocido
e. Frecuencia durante el último mes:	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido
f. Frecuencia durante el último año:	_____ <input type="checkbox"/> Desconocido
g. Tipo:	<input type="checkbox"/> Presión, pesadez, opresión <input type="checkbox"/> Dolor agudo <input type="checkbox"/> Dolor sordo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido
h. Se alivia con nitroglicerina en menos de 5 min.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca lo probé
i. Se alivia con reposo en menos de 15 min.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca lo probé
j. Se alivia de forma espontánea en menos de 15 min.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca lo probé
k. Se alivia por otra causa en menos de 15 min.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca lo probé

Enfermedades cerebrovasculares:



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

4. ¿Alguna vez un médico le dijo que tuvo un accidente cerebrovascular (ataque cerebral)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió sí, ¿cuál fue la fecha del primer accidente cerebrovascular?	____ / ____ (MM/AA) <input type="checkbox"/> No lo sé
5. ¿Alguna vez ha sufrido alguna pérdida o cambios en el habla repentinos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Año en que comenzaron los síntomas:	____ (AAAA) <input type="checkbox"/> No lo sé
6. ¿Alguna vez ha sentido debilidad muscular repentina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Año en que comenzaron los síntomas:	____ (AAAA) <input type="checkbox"/> No lo sé
7. ¿Alguna vez tuvo una deficiencia en la vista repentina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Año en que comenzaron los síntomas:	____ (AAAA) <input type="checkbox"/> No lo sé
SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (4, 5, 6 O 7), RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA. SI RESPONDIÓ NO A TODAS LAS PREGUNTAS ANTERIORES, MARQUE NO CORRESPONDE EN LA P 8, P 9 Y PASE A LA P 10.	
8. ¿Lo atendió algún neurólogo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No corresponde
9. ¿Le realizaron una tomografía computarizada o resonancia magnética de la cabeza?	<input type="checkbox"/> Ninguna de las dos <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada <input type="checkbox"/> Resonancia magnética <input type="checkbox"/> Ambas <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> No corresponde
a. Si se hizo una tomografía computarizada, ¿cuándo se la hizo?	____ / ____ (MM/AA)
b. Si se hizo una resonancia magnética, ¿cuándo se la hizo?	____ / ____ (MM/AA)

Enfermedad arterial periférica y enfermedad venosa:

10. ¿Siente molestias en las piernas o rigidez en las pantorrillas al caminar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
a. Si respondió sí, cuando camina sobre suelo plano, ¿cuántos pies/millas puede recorrer hasta que aparecen los síntomas?	_____ (pies) O _____ (millas)



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

b. Año en que comenzaron los síntomas:	_____ (AAAA)
c. Marque cuál de las piernas tiene los síntomas de rigidez:	
i. Rigidez en la pantorrilla al caminar:	<input type="checkbox"/> Pierna izquierda <input type="checkbox"/> Pierna derecha <input type="checkbox"/> Ambas piernas <input type="checkbox"/> No lo sé
ii. Molestias en las extremidades inferiores (no en la pantorrilla) al caminar:	<input type="checkbox"/> Pierna izquierda <input type="checkbox"/> Pierna derecha <input type="checkbox"/> Ambas piernas <input type="checkbox"/> No lo sé
iii. Se presenta en los primeros pasos (pierna con mayor molestia):	<input type="checkbox"/> Pierna izquierda <input type="checkbox"/> Pierna derecha <input type="checkbox"/> No lo sé
iv. Después de caminar mucho (pierna con mayor molestia):	<input type="checkbox"/> Pierna izquierda <input type="checkbox"/> Pierna derecha <input type="checkbox"/> No lo sé
d. ¿Estos síntomas están relacionados con la rapidez al caminar o con la inclinación del terreno por el que camina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
e. ¿Se ve obligado a dejar de caminar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
f. Tiempo transcurrido hasta que el dolor se alivia desde que deja de caminar:	_____ (en minutos) <input type="checkbox"/> No se alivia <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No corresponde
g. Cantidad de días/meses de molestias en las extremidades inferiores:	_____ (días) <input type="radio"/> _____ (meses) <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No corresponde

Salud respiratoria:

Tos	
11. ¿Suele toser de manera frecuente? (Cuenta la tos del primer cigarrillo del día o de la primera salida al exterior. No incluya el carraspeo) Si RESPONDIÓ NO, PASE A LA P 16	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
12. ¿Suele toser al levantarse o a primera hora de la mañana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
13. ¿Suele toser durante el resto del día o por la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (11, 12 O 13), RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA. SI RESPONDIÓ NO A TODAS LAS PREGUNTAS ANTERIORES, MARQUE NO CORRESPONDE EN LA P 14 Y PASE A LA P 16.	
14. ¿Suele toser de esta manera la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos o más a lo largo del año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

15. ¿Durante cuántos años ha tenido esta tos?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
Flema	
16. ¿Suele expulsar flema del pecho? <i>(Cuenta la flema del primer cigarrillo del día o de la primera salida al exterior. No incluya la flema de la nariz. Cuenta la flema tragada)</i> Si RESPONDIÓ NO, PASE A LA P 21	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Suele expulsar flema al levantarse o a primera hora de la mañana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18. ¿Suele expulsar flema durante el resto del día o por la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (16, 17 O 18), RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA. SI RESPONDIÓ NO A TODAS LAS PREGUNTAS ANTERIORES, MARQUE NO CORRESPONDE EN LA P 19 Y PASE A LA P 21.	
19. ¿Expulsa flema de esta manera la mayoría de los días durante 3 meses consecutivos o más a lo largo del año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
20. ¿Durante cuántos años ha tenido problemas con la flema?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
Respiración ruidosa	
21. ¿Se oyen ruidos sibilantes o silbidos agudos en su pecho...	
a. ...cuando está resfriado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ...de vez en cuando, aparte de los resfriados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ...la mayoría de los días o noches?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SI RESPONDIÓ SÍ A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES (21 a, b, c), RESPONDA LA SIGUIENTE PREGUNTA. SI RESPONDIÓ NO A TODAS LAS PREGUNTAS ANTERIORES, MARQUE NO CORRESPONDE EN LA P 22 Y PASE A LA P 24.	
22. ¿Durante cuántos años han estado presente?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
23. ¿Alguna vez ha tenido un ATAQUE de sibilancias que le ha hecho sentir falta de aire?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SI RESPONDIÓ SÍ A LA P 23, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI RESPONDIÓ NO , MARQUE NO CORRESPONDE EN LAS P 23 a, b, c, Y PASE A LA P 24.	



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

a. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer ataque de este tipo?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
b. ¿Ha tenido dos o más episodios de este tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
c. ¿Alguna vez necesitó algún medicamento o tratamiento para los ataques?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Disnea	
24. Si no puede caminar por una afección que no es una enfermedad cardíaca o pulmonar, descríbalas y continúe con la P 26	Naturaleza de la(s) afección(es): _____
25. ¿Le afecta la dificultad para respirar cuando camina rápido sobre suelo llano/plano o cuando sube una pequeña colina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
SI RESPONDIÓ SÍ A LA P 25, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI RESPONDIÓ NO , MARQUE NO CORRESPONDE EN LAS P 25 a, b, c, d Y PASE A LA P 26.	
a. ¿Debe caminar sobre suelo llano/plano más lento que otras personas de su misma edad debido a la falta de aire?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
b. ¿Alguna vez tuvo que detenerse para respirar al caminar a su propio ritmo sobre suelo llano/plano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
c. ¿Alguna vez tuvo que detenerse para respirar después de caminar sobre suelo llano/plano aproximadamente 100 metros (o después de unos minutos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
d. Si respondió Sí a la pregunta 25, ¿le falta demasiado el aire como para salir de su casa o para vestirse o desvestirse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Enfermedades pasadas	
26. ¿Tuvo algún problema en los pulmones antes de los 16 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. ¿Alguna vez tuvo ataques de bronquitis? (SI RESPONDIÓ NO , PASE A LA P 28)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. ¿Fue confirmada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
b. ¿A qué edad fue su primer ataque?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
28. ¿Alguna vez tuvo neumonía (incluya una bronconeumonía)? (SI RESPONDIÓ NO , PASE A LA P 29)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. ¿Fue confirmada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
b. ¿A qué edad la tuvo por primera vez?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde
29. ¿Alguna vez tuvo bronquitis crónica, enfisema o EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)? (SI RESPONDIÓ NO , PASE A LA P 30)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. Si respondió sí, ¿fue confirmada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
b. Si respondió sí, ¿a qué edad comenzó?	_____ años <input type="checkbox"/> No corresponde



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

ANTECEDENTES MÉDICOS: SÍNTOMAS E HISTORIAL CLÍNICO

30. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijeron que tiene apnea del sueño? (SI RESPONDIÓ NO , PASE A LA P 31)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
a. ¿Qué edad tenía cuando le dijeron esto por primera vez?	_____ años
b. ¿Qué tratamiento se le recomendó?	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Dispositivos dentales <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique: _____</i>)
<u>Alergias</u>	
31. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido estornudos, goteo nasal o congestión nasal, SIN haber estado resfriado ni con gripe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
32. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido los ojos llorosos, con picazón o ardor, SIN haber estado resfriado ni con gripe?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
33. Cuando está cerca de animales (como gatos, perros o caballos) o de plumas (incluidas almohadas, edredones o colchas) o en una parte de la casa con polvo o moho, le sucede algo de lo siguiente:	
a. ¿Comienza a toser?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Experimenta sibilancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Tiene una sensación de opresión en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Tiene secreción o congestión nasal o empieza a estornudar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Tiene picazón u ojos llorosos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
34. Cuando está cerca de árboles, césped o flores, o cuando hay mucho polen en el aire, le sucede algo de lo siguiente:	
a. ¿Comienza a toser?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b. ¿Experimenta sibilancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c. ¿Tiene una sensación de opresión en el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
d. ¿Tiene secreción o congestión nasal o empieza a estornudar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e. ¿Tiene picazón u ojos llorosos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

For Research Coordinator use only: CRF was: Self-administered Interviewer-administered