



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

### Display Name- 6 Meses: Antecedentes Quirúrgicos

#### Antecedentes quirúrgicos

¿Alguna vez le han realizado algún tipo de cirugía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Antecedentes quirúrgicos</b> Registre todas las cirugías anteriores	<b>Tipo de cirugía, fecha y edad al momento de la cirugía</b> _____
¿Le realizaron alguna otra cirugía?	<b>Tipo de cirugía, fecha y edad al momento de la cirugía</b> _____

¡Gracias por completar este cuestionario!

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