

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
Follow-up Phone Call 5**



Specific Medical Procedures

Affix ID Label Here

Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

Complete form for each procedure reported as Yes in on "General Health" form or "General Health- Death" form. if participant has died, change 'you' to decedent's name for all questions below.

Usted me dijo que un médico u otro profesional de salud le ha dicho que se le ha hecho una/un _____ **[read and mark specific event name reported previously below]**

- Prueba de esfuerzo (Incluyendo: Faja sin fin de ejercicio, bicicleta, y cualquier prueba de esfuerzo química)
- Angiografía coronaria o cateterización del corazón
- Ecocardiograma
- Angioplastia (angioplasty) para abrir las arterias coronarias
- Cirugía de desviación coronaria "bypass"
- Angioplastia para abrir las arterias en una de sus piernas
- Ultrasonido o angiografía de la carótida
- Rayos X del pecho, tomografía computarizada (TAC) del pecho, imagen por resonancia magnética, u otro estudio para estudiar algún problema en el pecho

Si se llevo a cabo algún otro estudio, especifique cuál:

- Otros procedimientos diagnósticos o cirugía relacionada con su corazón o con los vasos sanguíneos

Especifique cuál:

A. ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico que le atendió?

Facility Code
(if hospitalized)

--	--	--	--

Nombre del médico _____

Ciudad _____

B. ¿En qué fecha fue el diagnóstico o la hospitalización?

(Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15.)

		/			/				
Mes			Día			Año			

Ask about the next procedure reported as 'Yes' on the "General Health" or "General Health-Death" form and record details on an additional form. If no additional events are reported as Yes, go to END of "General Health" or "General Health-Death" form.

For MESA Field Center use only:

Interviewer ID :

--	--	--

Reviewer ID :

--	--	--

Data Entry ID :

--	--	--