

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis
Follow-up Phone Call 6**



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 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 (Faja sin fin o correa de andar (ETT), bicicleta, prueba de esfuerzo con sustancias químicas)
- Angiografía coronaria o cateterización del corazón
- Ecocardiograma
- Angioplastia para abrir las arterias del corazón
- Cirugía de derivación coronaria ("bypass")
- Angioplastia para abrir las arterias en una de sus piernas
- Ultrasonido o angiografía de la carótida
- Radiografía del pecho, tomografía computarizada (TAC) del pecho, imagen por resonancia magnética (MRI), u otro estudio para evaluar algún problema en el pecho

Si se llevó 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 :

--	--	--