

**Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis  
Follow-up Phone Call 3**



**General Health**

**Id#:**

**Acrostic:**

**Date:**

Month

Day

Year

**Introducción**

Hola, mi nombre es *el nombre del entrevistador*, y estoy llamando para ponerme al día con *el nombre del participante* respecto al estudio MESA, un estudio médico en el cual él /ella toma parte. ¿Está él / ella disponible?

**Si la respuesta es no** → ¿Cuándo sería conveniente llamar de nuevo? \_\_\_\_\_  
Gracias. Volveré a llamar.

**Si la respuesta es sí** → Hola, [*el nombre del participante*], soy *el nombre del entrevistador* del estudio MESA. Llamo para ver cómo ha estado desde que hablamos con usted por última vez y para actualizar nuestros registros de MESA. ¿Le es conveniente hablar conmigo ahora por teléfono?

**Si la respuesta es no** → ¿Cuándo sería más conveniente? \_\_\_\_\_  
Gracias. Volveré a llamar.

**Si la respuesta es sí** → Queremos hacerle unas preguntas acerca de su salud y acerca de problemas médicos que pudo haber tenido desde nuestra última entrevista telefónica. Le haré algunas preguntas acerca de cómo ha sido su salud desde la última vez que hablamos por teléfono el \_\_\_\_\_. Quiero que piense en lo que sucedió desde el \_\_\_\_\_ (*la fecha de la última Llamada de Seguimiento*) hasta hoy.

**Pase a la pregunta número 1.**

**1.** Usted diría que en general su salud es (léale cada categoría menos la que indica "No está seguro")

- Excelente       Buena       Mala  
 Muy Buena       Regular       No está seguro

**2.** Desde nuestra última entrevista telefónica con usted en \_\_\_\_\_ ¿ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (léale cada sintoma)

- |                                 | <b>Sí</b>             | <b>No</b>             | <b>No está seguro</b> |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Incomodidad o dolor en el pecho | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificultad para respirar        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dolor en las piernas            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**3.** Desde nuestra última entrevista telefónica con ud., ¿ha visitado usted a algún médico u otro profesional de salud?

Sí      No

Desde nuestra última entrevista telefónica con ud., ¿ha pasado la noche en algún hospital o sanatorio?

Sí      No

Did the participant answer "yes" to either part of Question 3 (seen a health professional or had overnight stay)?

Sí

**Pase a la Pregunta 4a**

No

No está seguro

**Pase hasta el "FIN"**

# Follow-up Phone Call 3 -- General Health Page 2

4a. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que tiene alguno de los siguientes? **(Léales cada diagnóstico.)**

	Sí	No	No está seguro
<b>Presión Alta</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Si la respuesta es Sí:</b> ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Si la respuesta es Sí:</b> ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Alto nivel de Colesterol</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Si la respuesta es Sí:</b> ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si se responde Sí a cualquier punto de la pregunta número 4a → Pase a la pregunta número 4b.

Si se responde No o No está seguro a todos los puntos de la pregunta 4a → Pase a la pregunta 5.

4b. ¿Le ha recomendado su médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- Sí →  
 No  
 No está seguro

¿Qué tratamiento le recomendaron?  
**(Intente no sugerir alguna respuesta específica. Marque todas las respuestas que correspondan.)**

- Tomar un medicamento nuevo  
 Aumentar la dosis del medicamento actual  
 Recomendó bajar de peso  
 Recomendó un cambio de dieta (baja en grasa, baja en sal, etc.)  
 Recomendó dejar de fumar  
 Recomendó aumentar el ejercicio  
 Otro, especifique:   
 No está seguro

Adelántese a la Pregunta 5.

5. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que usted tuvo alguno de los siguientes?

	Sí	No	No está seguro
Un infarto miocárdico o ataque al corazón -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina de pecho o dolor en el pecho causado por una enfermedad cardíaca -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad vascular periférica, claudicación intermitente o dolor en las piernas debido a una obstrucción arterial -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fibrilación atrial o auricular -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trombosis de vena profunda o coágulos de sangre en las piernas -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque isquémico transitorio (TIA) o una embolia o derrame cerebral mínimo -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una apoplejía, derrame cerebral, embolia, o accidente cerebrovascular -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de la arteria carótida -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anormalidad del pulmón o nódulo -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Complete el formulario de "Condiciones Médicas Específicas" cada vez que se responda Sí.

6. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿ha tenido algún otro problema médico que haya hecho que usted pasara la noche en...?

	Sí	No	No está seguro
Un hospital .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un asilo u hogar o un sanatorio de rehabilitación .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Complete el formulario titulado "Otras Internaciones o Admisiones" cada vez que se responda Sí.

7. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le han hecho alguno de los siguientes exámenes o procedimientos, ya sea en el hospital o en algún consultorio? (léale cada procedimiento):

	Sí	No	No está seguro
Prueba de esfuerzo en una cinta sinfin (treadmill) o en bicicleta .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angiografía coronaria o cateterización del corazón .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ecocardiograma .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angioplastia (angioplasty) para abrir las arterias coronarias .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía de desviación coronaria "bypass" .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angioplastia para abrir las arterias en una de sus piernas .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ultrasonido o angiografía de la carótida .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rayos X del pecho, tomografía computarizada (TAC) del pecho, imagen por resonancia magnética, u otro estudio para estudiar algun problema en el pecho .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros procedimientos diagnósticos o cirugía relacionada con su corazón o con las vasos sanguíneos .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Complete el formulario de "Procedimientos Médicos Específicos" cada vez que se responda Sí.

FIN: Muchísimas gracias por haber hablado conmigo hoy. Le agradecemos mucho su participación en MESA. Si tuviese alguna pregunta, no dude en llamarnos a la clínica al teléfono *número telefónico*. Antes de colgar, quiero verificar que nuestros registros estén al día. ¿Me puede decir si los siguientes datos son correctos?

**Go to "Participant Tracking" form and verify the tracking information that appears in the left-hand column.**

Interviewer ID	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Reviewer ID	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Data Entry ID	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
----------------	---	-------------	---	---------------	---