

Cuestionario sobre muestras de sangre y orina

[SrvBio_MODULEINTRO_v1r0] Gracias por participar en el estudio *Connect* y por donar sus muestras. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre usted y sus antecedentes médicos. Esta información nos ayudará a entender mejor su estado de salud y cómo se relaciona este con las muestras que donó. Si no está seguro de alguna respuesta, dé su mejor aproximación.

1. [SrvBio_SEX_v2r1] Algunas preguntas en este cuestionario tratarán sobre su salud reproductiva, incluso su ciclo menstrual (si tiene menstruaciones) y su uso de métodos anticonceptivos. Queremos hacerle preguntas que tengan sentido para usted. ¿Cuál es su sexo?

0 Femenino
1 Masculino

2. [SrvBio_SYMPTDAY_v1r0] ¿En las 24 horas anteriores a la donación de sus muestras, tuvo alguno de los siguientes síntomas? Seleccione todas las opciones que correspondan.

0 [SrvBio_COUGHDAY_v1r0] Tos
1 [SrvBio_DIARRDAY_v1r0] Diarrea
2 [SrvBio_NOSEDAY_v1r0] Nariz tapada (también llamada congestión nasal)
3 [SrvBio_VOMITDAY_v1r0] Náuseas o ganas de vomitar
4 [SrvBio_FEVERDAY_v1r0] Fiebre
88 [SrvBio_NOSYMPTDAY_v1r0] No, no tuve ninguno de estos síntomas

3. [SrvBio_EATDRINKBEFORE_v1r0] ¿Cuándo fue la última vez que comió o bebió algo (que no fuera agua) antes de donar sus muestras?

0 El mismo día
1 El día anterior
2 Hace más de un día → **GO TO SrvBio_SLEEPTIME_v1r0**

4. [SrvBio_EATDRINKTIME_v1r0] ¿Aproximadamente a qué hora comió o bebió algo (que no fuera agua) por última vez antes de donar sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

5. [SrvBio_SLEEPTIME_v1r0] ¿A qué hora se fue a dormir la noche anterior a la donación de sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

6. [SrvBio_WAKETIME_v1r0] ¿A qué hora se despertó el día en que donó sus muestras? Seleccione su respuesta en la siguiente lista desplegable. Si está usando un teléfono o una tableta, pulse el recuadro gris para introducir su respuesta.

HH:MM A. M. / P. M.

[SrvBIU_MED_v1r0] Medicamentos

7. [GRID_SrvBLU_MED1_V1R0] ¿Ha tomado alguno de estos medicamentos en el último mes? Si responde que sí, indique la última vez que tomó cada tipo de medicamento antes de donar sus muestras. Si no está seguro de alguna respuesta, dé su mejor aproximación.

<i>[Radio button grid, select one each row]</i>	0 No	1 Sí, en el último día	2 Sí, en los últimos dos días	3 Sí, en la última semana	4 Sí, en el último mes
[SrvBIU_TYLENOL_v2r0] Tylenol® (acetaminofén)					
[SrvBIU_NSAIDS_v2r0] Antiinflamatorios no esteroideos o AINE [como aspirina, Advil® (ibuprofeno), Aleve® (naproxeno)]					
[SrvBIU_ACID_v1r0] Antiácidos, es decir, medicamentos que disminuyen la acidez estomacal [como Prilosec®, Prevacid®, Protonix®, Aciphex®, omeprazol, Nexium®, Tagamet®, Zantac®]					

**[DISPLAY SrvBIU_REPROINTRO_v1r0 IF (SrvBio_SEX_v2r1= 0),
ELSE, GO TO END]**

[SrvBIU_REPROINTRO_v1r0] Salud reproductiva

Las siguientes preguntas tratan sobre sus menstruaciones, si está embarazada y el uso de métodos anticonceptivos. Sus respuestas nos ayudarán a entender en qué momento de su ciclo menstrual se encontraba su cuerpo cuando donó las muestras. Tal vez respondió a algunas preguntas como estas en otro cuestionario, pero las siguientes preguntas tratan sobre su estado el día en que donó sus muestras.

8. [SrvBIU_MENSTPRD_v2r0] ¿Tuvo alguna menstruación en los **últimos 12 meses**? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual.

0 No → **GO TO SrvBIU_PREGNANT_v1r0**
1 Sí

9. [SrvBIU_MENST60_v2r0] ¿Tuvo alguna menstruación en los **últimos 60 días**? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual.

0 No → **GO TO SrvBIU_PREGNANT_v1r0**
1 Sí

10. [SrvBIU_MENSTART_v2r0] ¿En qué fecha inició su menstruación más reciente (el primer día en que vio sangre)? **No** considere la metrorragia intermenstrual (también conocida como sangrado) como parte del ciclo menstrual. Si no está segura o no lo recuerda, dé su mejor aproximación.

[this question requires a response]

MM/DD/AAAA

11. [SrvBIU_PREGNANT_v1r0] ¿Está embarazada actualmente?

- 0 No
1 Sí → GO TO SrvBIU_BRSTFD_v1r0

12. [SrvBIU_PREG3MON_v1r0] ¿Ha estado embarazada en los últimos **tres meses**?

- 0 No
1 Sí

13. [SrvBIU_BRSTFD_v1r0] ¿Amamanta actualmente?

- 0 No
1 Sí → GO TO SrvBIU_CONTRACEPT_v1r0

14. [SrvBIU_BRSTFD3MON_v1r0] ¿Amamantó en los últimos **tres meses**?

- 0 No
1 Sí

[DISPLAY SrvBIU_CONTRACEPT_v1r0 IF (SrvBIU_PREGNANT_v1r0= 0),
ELSE, GO TO END]

15. [SrvBIU_CONTRACEPT_v1r0] En el **mes pasado**, ¿usó métodos anticonceptivos hormonales? Estos tipos de métodos incluyen los anticonceptivos orales (“la píldora”), las inyecciones, los implantes, los parches cutáneos, los anillos vaginales y los dispositivos intrauterinos hormonales (DIU).

- 0 No
1 Sí

16. [SrvBIU_HORMONE_v1r0] En el **mes pasado**, ¿usó terapia hormonal con receta para aliviar los síntomas frecuentes de la perimenopausia y la menopausia (por ejemplo, sofocos y sequedad vaginal), o para reducir la pérdida de masa ósea por disminución de las concentraciones de estrógeno y progesterona?

- 0 No
1 Sí

Respondió a todas las preguntas de este cuestionario. Para enviar sus respuestas, seleccione el botón “Enviar Encuesta”.