

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



Specific Medical Conditions

Affix ID Label Here

Date:

 / /

Month

 / /

Day

Year

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

Usted me dijo que un médico u otro profesional de salud le ha dicho que usted tuvo o tiene _____ [read and mark specific condition name reported previously below]

- Un infarto del miocardio o ataque al corazón
- Angina de pecho o dolor en el pecho causado por un problema del corazón
- Insuficiencia cardiaca o insuficiencia cardiaca congestiva
- Enfermedad vascular periférica, claudicación intermitente o dolor en las piernas debido a una obstrucción arterial
- Fibrilación atrial o auricular
- Trombosis de vena profunda o coágulos de sangre en las piernas
- Ataque isquémico transitorio (TIA) o una embolia o derrame cerebral pequeño
- Una apoplejía, derrame cerebral, embolia, o accidente cerebrovascular
- Obstrucción de la arteria carótida
- Anormalidad del pulmón o nódulo
- Cáncer, especifique qué tipo:

¿Piensa que se ha recuperado completamente de los síntomas que tuvo por la embolia o apoplejía?

- Sí No No está seguro

Durante las últimas dos semanas, ¿necesitó Ud. que otras personas le asistieran con sus quehaceres diarios?

- Sí No No está seguro

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

Nombre: _____

Dirección: _____

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.)

 / /

Month

 / /

Day

Year

C. Desde nuestra última entrevista telefónica con ud. en _____, ¿estuvo hospitalizado al menos una noche por este problema?

Sí



(Continue to part **D** on next page.)

No

No está seguro

Ask about next condition reported on "General Health" or "General Health-Death" form, and record details on an additional form. If there are no additional conditions, go to next question on "General Health" form.

D. Por favor, ¿me puede decir las fechas y los lugares donde estuvo hospitalizado?
 (Probe for exact date. If exact date cannot be recalled, ask participant to estimate month and year. Record day as 15.)

		Fecha	Código del Hospital	Período de Hospitalización (días)			
(1)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mes		Día		Año		

		Fecha	Código del Hospital	Período de Hospitalización (días)			
(2)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mes		Día		Año		

		Fecha	Código del Hospital	Período de Hospitalización (días)			
(3)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mes		Día		Año		

		Fecha	Código del Hospital	Período de Hospitalización (días)			
(4)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mes		Día		Año		

		Fecha	Código del Hospital	Período de Hospitalización (días)			
(5)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	/	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
	Mes		Día		Año		

Ask about the next condition reported as Yes in Question 5 on "General Health" form and record details on an additional form. If no additional conditions are reported as Yes, go to Question 6 on the "General Health" form.

For MESA Field Center use only:

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