



Affix ID Label Here

MESA Follow-up Phone Call 19: Specific Medical Conditions

Date: / /
Month Day Year

Complete form for each condition reported as 'Yes' on "General Health" 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 _____ (read and mark specific condition name reported previously below)

- ☐ Infarto del miocardio o ataque al corazón
- ☐ Angina de pecho o dolor en el pecho causado por un problema del corazón
- ☐ Insuficiencia cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Enfermedad arterial 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 embolia o derrame cerebral pequeño
- ☐ Derrame cerebral, embolia, o accidente cerebrovascular →
- ☐ Obstrucción de la arteria carótida
- ☐ Cáncer, especifique qué tipo:

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

☐ 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?

[OPTIONAL. Only record name and address if they are of use to Events staff.]

Name: _____

Address: _____

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 [date of last follow up], ¿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.



MESA Follow-up Phone Call 19: Specific Medical Conditions

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.)

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)
(1)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>Month</div> <div>Day</div> <div>Year</div> </div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)
(2)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>Month</div> <div>Day</div> <div>Year</div> </div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)
(3)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>Month</div> <div>Day</div> <div>Year</div> </div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)
(4)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>Month</div> <div>Day</div> <div>Year</div> </div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>

	Date	Hospital Code	Length of Stay (days)
(5)	<div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div>/</div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div> <div>Month</div> <div>Day</div> <div>Year</div> </div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>	<div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div>

Ask about the next condition reported as 'Yes' on "General Health" or "General Health—Death" form and record details on an additional form. If no additional conditions are reported as 'Yes', go to next question on the form.