



Participant ID #:

Acrostic:

Date:

/

/

Month

Day

Year

MESA Follow-up Phone Call 24: General Health

INTRODUCTION

Hola, mi nombre es *[el nombre del entrevistador]*, y estoy llamando para hablar con *[participant name]* ¿Está *[participant name]* disponible?

If No: → ¿Cuándo sería conveniente llamar de nuevo? _____ Thank you. Volveré a llamar.

If Yes: → Hola, *[participant name]*, soy *[interviewer name]* del estudio *[MESA/MESA Air]*. Llamo para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica y para actualizar nuestros registros de *[MESA/MESA Air]*. ¿Le es conveniente hablar conmigo unos minutos por teléfono?

If No: → ¿Cuándo sería más conveniente? _____ Gracias. Volveré a llamar.

If Yes: → Nos gustaría hacerle algunas preguntas acerca de su salud en general y condiciones médicas específicas desde nuestra última entrevista telefónica con usted el día _____. Yo entiendo que le hemos hecho algunas de estas preguntas en varias ocasiones, pero saber acerca de los cambios en su salud es importante para nosotros poder entender mejor las causas de las enfermedades del corazón y derrames cerebrales, y cómo estas enfermedades podrían estar relacionadas con otras cosas en su vida.

Primero, me gustaría asegurarme de que nuestros expedientes están actualizados.

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

1. Usted diría que en general su salud es **(read all response categories except Unsure)**

- ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Mala
☐ Muy Buena ☐ Regular ☐ No está seguro

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

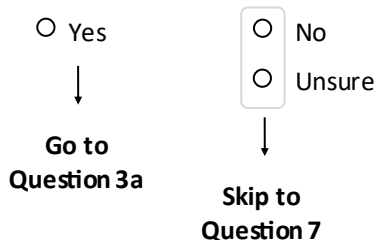
Optional: Un "profesional de salud" es un doctor, una enfermera, una enfermera con práctica médica, u otro especialista con licencia trabajando en una clínica, un hospital o una ambulancia. Esta persona puede ser un profesional de medicina no occidental (por ejemplo un acupunturista o herbolario asiático) pero no debería incluir quiroprácticos, instructores de ejercicio, o dietistas.

(Circle answer) ☐ Yes ☐ No

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

(Circle answer) ☐ Yes ☐ No

Did the participant answer 'Yes' to either part of Question 2 (seen a health professional or overnight stay)?





MESA Follow-up Phone Call 24: General Health

3a. ¿Le ha dicho un doctor o profesional de salud que tuvo diabetes?

- ☐ Unsure (**go to question 3b**)
- ☐ No (**go to question 3b**)
- ☐ Yes →

If Yes to diabetes:

¿Es éste un diagnóstico nuevo desde nuestra última entrevista por teléfono con usted?

- ☐ Unsure
- ☐ No
- ☐ Yes

3b. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que tiene alguno de los siguientes? (**Read each diagnosis**)

	Yes	No	Unsure
Presión Alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
If Yes: ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alto nivel de Colesterol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
If Yes: ¿Fue éste un diagnóstico nuevo desde nuestro último contacto con usted?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le ha dicho algún médico u otro profesional de salud que usted tuvo alguno de los siguientes? (**Read each diagnosis**)

	Yes	No	Unsure
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 arterial 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 embolia o derrame cerebral mínimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral (stroke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obstrucción de la arteria carótida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infección COVID-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓
Complete "Specific Medical Conditions"
form for each item with a Yes response.



MESA Follow-up Phone Call 24: General Health

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

	Yes	No	Unsure
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 "Other Admissions" form
for each item with a Yes response.

6. Desde nuestra última entrevista telefónica, ¿le han hecho alguno de los siguientes exámenes o procedimientos, ya sea en el hospital o en algún otro centro? (read each procedure):

	Yes	No	Unsure
Un procedimiento de angioplastia o una endoprótesis vascular (stent en inglés) para abrir las arterias del corazón	<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"/>
¿Una cardioversión en la que se aplica una corriente eléctrica a su pecho para convertir el ritmo cardiaco de fibrilación auricular o aleteo auricular a un ritmo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Un procedimiento de ablación en el que un tubo largo y flexible, o catéter, se inserta en el corazón y se aplica energía para destruir pequeñas áreas de tejido para bloquear la fibrilación o el aleteo auricular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓
Complete "Specific Medical
Procedures" form for each item
with a Yes response from 6.

	Yes	No	Unsure
7. ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

If Yes: ¿Cuántos días a la semana?



MESA Follow-up Phone Call 24: General Health

8. Desde su última llamada de seguimiento ¿ha tomado algún fluidificante de la sangre o anticoagulantes que no fueran aspirina?

- ☐ Yes →
☐ No
☐ Don't know
☐ Refused

8a. ¿Qué fluidificante de la sangre o anticoagulante ha tomado desde su última llamada de seguimiento? **(check all that apply)**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coumadin [warfarin] | <input type="checkbox"/> Effient [prasugrel] |
| <input type="checkbox"/> Plavix [clopidogrel] | <input type="checkbox"/> Persantine [dipyridamole] |
| <input type="checkbox"/> Pradaxa [dabigatran] | <input type="checkbox"/> Savaysa [edoxaban] |
| <input type="checkbox"/> Xarelto [rivaroxaban] | <input type="checkbox"/> Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> Equilis [apixiban] | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Brilinta [ticagrelor] | <input type="checkbox"/> Don't know |

8b. ¿En qué mes y año empezó a tomar [insert drug name]?

Start date:

Month

Year

☐ Don't know

8c. ¿Está usted todavía tomando este medicamento?

- ☐ Yes (**skip 8d**) ☐ No ☐ Don't know

8d. ¿En qué mes y año dejó de tomar [insert drug name]?

Stop date:

Month

Year

☐ Don't know

Repeat 8b-d for each drug identified in 8a. If no other drugs are reported in 8a, go to Q9.



MESA Follow-up Phone Call 24: General Health

9. For participants with history of pacemaker or implanted cardioverter defibrillator based on prior event investigation:

a. Basado en sus entrevistas previas en MESA, veo que ha tenido un *[marcapasos u otro dispositivo de investigación]* implantado en el *mes/día/año [CC inserts date of insertion based on event investigation]*. ¿Es eso correcto? ¿Tiene aún el dispositivo implantado?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

For participants without history of device:

b. ¿Tiene implantado un marcapasos cardíaco o un desfibrilador cardioversor (ICD, por sus siglas en inglés)?

- ☐ Yes ☐ No ☐ Don't know

If Yes to a or b:

c. ¿Es un marcapasos cardíaco o un desfibrilador cardioversor?

- ☐ Marcapasos cardíaco ☐ Desfibrilador cardioversor

END: Muchísimas gracias por haber hablado conmigo hoy. Le agradecemos mucho su participación en *[MESA/MESA Air]*. Si tuviese alguna pregunta, no dude en llamarnos a la *[clinic phone number]*.