



Exam 6 Medications Interviewer Administered

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date: / /
Month Day Year

Section A Medication Reception

Como usted sabe, el estudio MESA describirá todos los medicamentos que los participantes estén utilizando, sean con o sin receta médica. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, gotas para los ojos, cremas, bálsamos, inhaladores e inyecciones y también medicamentos para el catarro o para alergias, vitaminas, hierbas medicinales y otros suplementos. La carta que recibió antes de esta cita incluía una bolsa de plástico para poner todos los medicamentos que esté tomando en la actualidad. ¿Ha traído esta bolsa con usted? ¿Son éstos todos los medicamentos que ha tomado durante las últimas dos semanas?

- ☐ SÍ → ¿Puede mostrármelos? *Continue with Section B* ☐ NO → *Make arrangements to obtain*
- ☐ REHUSA → *Record reason for refusal in Comments Section* ☐ NO TOMÓ NINGÚN MEDICAMENTO → *Go to end of form*

Section B Prescription Medications

1. Copy the name of the medicine, the strength (include units), and the total number of doses prescribed per day/week/month. Include all pills, skin patches, eye drops, creams, salves, injections, and inhalers (puffers).

2. En promedio, durante las últimas dos semanas, ¿cuántas pastillas tomó por día/semana/mes?

Medication Name

Print the first 20 letters only - please print clearly

Strength (mg, IU, etc.)

Write the decimal as one of the digits

Number Prescribed

Circle: Day, Week, Month

PRN Medicine?

Medication Name	Strength (mg, IU, etc.)	Number Prescribed	PRN Medicine?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M	<input type="text"/> Y <input type="text"/> N	<input type="text"/> D <input type="text"/> W <input type="text"/> M

Number unable to transcribe:

