

Cuestionario de Lipodistrofia Demográfico y de Historia de Salud (ART)

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Hoy / /
Mes Día Año

NOMBRE: _____
Apellido de Pila Inicial de Soltera

DIRECCIÓN: _____
Número Calle

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: (Residencia) _____
(Código de Área) Número
 (Empleo) _____
(Código de Área) Número
 (Celular / Bíper) _____
(Código de Área) Número

CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO: ¿Podemos contactarla con resultados de laboratorio/estudio en los siguientes números/sitios, incluyendo información de estatus posible de VIH?

	SÍ	NO	Preferencia
Residencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empleo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular/Bíper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FECHA DE NACIMIENTO: / /
Mes Día Año

SEXO: HOMBRE MUJER

CATEGORÍAS ÉTNICAS: Marque solamente una.

Hispano o Latino (una persona de cultura Cubana, Mexicana, Puerto Riqueña, Sud/Centro Americana u otras culturas de habla hispana sin tener raza en cuenta)

No Hispano o Latino

CATEGORÍAS DE RAZA: Marque todas las que apliquen.

- Negro o Americano Africano** (cualesquier orígenes de raza Negra Africana incluyendo Haitianos)
- Asiático** (Oriente Lejano, Asia Sudeste o Subcontinente Indio incluyendo Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam)
- Hawaiano Nativo u otro Isleño Pacífico** (cualesquier orígenes de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico, específicamente no las Islas Filipinas)
- Indio Americano o Nativo de Alaska** (cualesquier orígenes de las *gentes originales* de Norte America, América Central, y Sud América)
- Blanco** (cualesquier orígenes de las gentes originales de Europa, Cercano/Medio Oriente, Norte África incluyendo Hispanos y Latinos de estas razas)

II. INFORMACIÓN DE MÉDICO PRINCIPAL Y ACCESO A EXPEDIENTES

NOMBRE DE MÉDICO: _____

DIRECCIÓN: _____
Número Calle

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE MÉDICO: _____
(Código de Área) Número

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
Nombre

NÚMERO DE TELÉFONO: _____
(Código de Área) Número

III. HISTORIA DE VIH / SIDA

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE VIH _____
(lo más específico posible) Mes Año

FACTORES DE RIESGO: Marque todos los que apliquen (opcional)

- Hombre que tiene sexo con hombres (gay, homosexual, bisexual, otro)
- Uso intravenoso de drogas (drogas recreativas IV)
- Empleado en cuidado de salud expuesto en el trabajo
- Exposición a sangre o productos de sangre (hemofílicos, transfusiones, etc.)
- Intercambio de dinero o drogas por sexo (prostituto(a) o sexo con prostituto(a))
- Exposición únicamente heterosexual

Ninguna de las previas

MÁS RECIENTE RECUENTO CD4+ T-Cell: _____
(lo más específico posible) # / mm³

FECHA: _____
Mes Año

MÁS BAJO RECUENTO CD4+ T-Cell: _____
(lo más específico posible) # / mm³

FECHA: _____
Mes Año

MÁS RECIENTE CANTIDAD VIRAL: _____
(lo más específico posible) cp / mm³

FECHA: _____
Mes Año

CANTIDAD VIRAL MÁS ALTA: _____
(lo más específico posible) cp / mm³

FECHA: _____
Mes Año

MEDICACIONES Anti-VIH: ¿Ha tomado cualquier medicación para tratar su infección de VIH?

No Sí (Si marcó Sí, por favor indique cuándo ha tomado cada una de las siguientes)

¿HA TOMADO?	SÍ	NO	De mes / año	A mes / año
Inhibidores de proteasa:				
Agenerase, amprenavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Crixivan, indinavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Kaletra, lopinavir/ritonavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Viracept, nelfinavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Norvir, ritonavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Invirase, Fortovase, saquinavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Reyataz, atazanavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Lexiva, fosamprenavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----

NNRTI's:	SÍ	NO		
Rescriptor, delavirdine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Sustiva, efavirenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Viramune, nevirapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Emtriva, emtricitabine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Truvada (emtricitabine + tenofovir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Epzicom (abacavir + lamivudine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	-----

NRTI's and NtRTI:

SÍ **NO**

Ziagen, abacavir, ABC

Videx, ddl, didanosine

Epivir, 3TC, lamivudine

Zerit, d4T, stavudine

Hivid, ddC, zalcitabine

AZT, Retrovir, zidovudine

Combivir (AZT + 3TC)

Trizivir (AZT + 3TC + ABC)

Viread, tenofovir

Inhibidor de Fusión:

Fuzeon, enfuvirt

Otros: (el nombre por favor)

Hydrea, hydroxyurea

SÍ **NO**

IV. HISTORIA DE LIPODISTROFIA

PESO: ¿Ha notado usted un cambio en su peso desde su infección de VIH?

No Sí (Si indicó que Sí, por favor estime los cambios y las fechas.)
 (Si No, por favor estime su peso actual en la línea De.)

De PESO: _____
 libras

FECHA: __ __ __ __ __ __
 Mes Año

A PESO: _____
 libras

FECHA: __ __ __ __ __ __
 Mes Año

A PESO: _____
 libras

FECHA: __ __ __ __ __ __
 Mes Año

PRIMERA VEZ QUE NOTÓ: ¿Ha notado cambios en la gordura en su cuerpo desde su infección de VIH?

No Sí (Si indicó que Sí, ¿cuándo notó los cambios por primera vez?)

FECHA __ __ __ __ __ __
 Mes Año

ÁREAS de **PÉRDIDA DE GRASA:** ¿Cuáles áreas de su cuerpo redujeron en gordura?

(Marque todas las que apliquen.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Brazos superiores |
| <input type="checkbox"/> Barbilla | <input type="checkbox"/> Antebrazos / Manos |
| <input type="checkbox"/> Atrás del cuello | <input type="checkbox"/> Caderas / Nalgas |
| <input type="checkbox"/> Pecho / Mamas | <input type="checkbox"/> Muslo / Pierna superior |
| <input type="checkbox"/> Abdomen / Estómago | <input type="checkbox"/> Pantorrilla / Pie |

ÁREAS de **AUMENTO EN GORDURA**: ¿Cuáles áreas de su cuerpo aumentaron gordura?
(Marque todas las que apliquen.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Brazos superiores |
| <input type="checkbox"/> Barbilla | <input type="checkbox"/> Antebrazos / Manos |
| <input type="checkbox"/> Atrás del cuello | <input type="checkbox"/> Caderas / Nalgas |
| <input type="checkbox"/> Pecho / Mamas | <input type="checkbox"/> Muslo / Pierna superior |
| <input type="checkbox"/> Abdomen / Estómago | <input type="checkbox"/> Pantorrilla / Pie |

SECUENCIA: ¿Hubo una secuencia u orden en los cambios de pérdida o aumento de gordura?

- No Sí (Si indicó que Sí, ¿dónde notó usted cambios primero?)

Si Sí, por favor escriba el orden numeral de cambio (1,2,3...)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Brazos superiores |
| <input type="checkbox"/> Barbilla | <input type="checkbox"/> Antebrazos / Manos |
| <input type="checkbox"/> Atrás del cuello | <input type="checkbox"/> Caderas / Nalgas |
| <input type="checkbox"/> Pecho / Mamas | <input type="checkbox"/> Muslo / Pierna superior |
| <input type="checkbox"/> Abdomen / Estómago | <input type="checkbox"/> Pantorrilla / Pie |

Por favor conteste lo mejor que pueda:

- | | NO | SÍ | NO SÉ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿ Aparecen <i>musculares</i> sus <i>brazos</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Muestran sus <i>brazos</i> <i>venas prominentes</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Aparecen <i>musculares</i> sus <i>pies</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Muestran sus <i>piernas</i> <i>venas prominentes</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Tiene usted una " <i>joroba de bisonte</i> "- una masa de gordura en la <i>nuca</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Tiene usted mucha gordura en el <i>vientre</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Tiene usted un <i>mentón doble</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿ Aparecen sus <i>mejillas huecas o hundidas</i> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TAMAÑO DE CUELLO: ¿Ha notado usted un cambio en el tamaño de su cuello desde su infección con VIH?

- No Sí (Si indicó que sí, por favor calcule los cambios.)

De TAMAÑO: _____
Pulgadas

FECHA: __ __ __ __
Mes Año

A TAMAÑO: _____
Pulgadas

FECHA: ____ ____
Mes Año

TAMAÑO DE CINTURA: ¿Ha notado usted un cambio en el tamaño de su cintura desde su infección con VIH?

No Sí (Si indicó que sí, por favor calcule los cambios.)

De TAMAÑO: _____
Pulgadas

FECHA: ____ ____
Mes Año

A TAMAÑO: _____
Pulgadas

FECHA: ____ ____
Mes Año

V. HISTORIA MÉDICA GENERAL:

¿Le han dicho alguna vez que usted tiene **Escriba SI, NO, o NO SÉ.**

Si indica SÍ, escriba la edad cuando empezó.

Colesterol elevado? _____

Tiglicéridos elevados? _____

Diabetes? _____

Enfermedad del corazón

a. Angina (dolor de pecho)? _____

b. Infarto cardíaco? _____

c. Insuficiencia cardíaca? _____

d. Murmullo cardíaco? _____

e. Latido irregular o despacioso _____

f. Marcapasos? _____

Ataque (derrame cerebral)? _____

Claudicación (dolor de piernas cuando camina)? _____

Enfermedad de los riñones:

a. Proteína en la orina? _____

b. Azúcar en la orina? _____

c. Piedras en los riñones? _____

d. Insuficiencia renal? _____

Presión sanguínea alta? _____

Tiroidea hipoactiva (Hipotiroidismo)? _____

Tiroidea hiperactiva (Hipertiroidismo)? _____

Artritis (Rheumatoidea u Osteo)? _____

Osteoporosis (baja densidad de los huesos)? _____

Pancreatitis? _____

Depresión mayor? _____

Intento de Suicidio? _____

Anemia? _____

Hepatitis (Tipo A, B, C, D, o E)? _____

Cancer (de cualquier tipo)? _____

Hígado o Bazo agrandado? _____

Alergias a drogas? _____

Si tiene alergias, escriba lista _____

Otras alergias? _____

If tiene alergias, escriba lista _____

Historia Médica de Familia del Paciente

	Sí	No	No Sé	Miembro de familia
Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Forma inusual del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

VI. HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS PREVIAS

¿Lo (la) han hospitalizado por cualquier razón? _____ (Si ha estado en el hospital, detalle abajo)

Problema o Procedimiento

Fecha

VII. SOLAMENTE MUJERES (Esta Página):

MENARQUIA: ¿ A qué edad usted **menstruó** por primera vez? _____ (años)

todavía no llega a la menarquia (primer período menstrual)

PERÍODOS MENSTRUALES: ¿ Tiene usted períodos menstruales **regulares**?

Sí No (Si no los tiene, marque todos los que apliquen)

períodos menstruales fuertes

períodos menstruales prolongados (que duran más de 7 días)

Hormonas:

Levothyroxine, Synthroid, Levoxyl, Levotec _____

Estrógenos (Contraceptivo oral o terapia de reemplazo de hormonas) _____

Progesterone (Contraceptivos orales) _____

Esteroides Anabólicos, Testosterona, Oxandralone _____

Corticoesteroides (Prednisone, Dexamethasone, Decadron, Solu-Medrol, Megace) _____

DHEA _____

Andro, Androstendione _____

Otras _____

Medicaciones para Reducir el Colesterol:

Statins, Zocor, Pravachol, Lescol, Lipitor, Mevacor _____

Crestor

Fibrates (Lopid, Tricor, gemfibrozil, fenofibrate) _____

Niacin, nicotinic acid _____

Colestipol, cholestyramine, colsevelam, _____

Welchol, Questran, Colestid LoCholest _____

Aceite de pezcado _____

Zetia _____

Medicaciones para la Diabetes:

Insulina _____

Glyburide, glipizide, Glucotrol, Glimeperide, _____

Amaryl, Micronase, DiaBeta, Glucovance _____

Metformin, Glucophage, Glucovance, Glycon _____

Avandia, Actos, rosiglitazone, pioglitazone _____

Meteglinide, repaglinide, Prandin _____

Acarbose, Glysef, Precose, migitol _____

Otras _____

Otras:

Interleukin-2, Proleukin, aldesleukin _____

Nizoral, Ketoconazole _____

Otras _____

MEDICACIONES: Por favor indique todas las medicaciones, incluyendo hierbas, suplementos y productos no recetados, que usted está tomando actualmente:

Nombre	Dosis	Veces por día
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Tipo de Ejercicio:

- Entrenamiento con / levantar pesos Sí _____ horas por semana
- Aeróbico ligero (caminar, deportes ligeros) Sí _____ horas por semana
- Aeróbico intenso / moderado (correr, deportes pesados, jogging) Sí _____ horas por semana
- Flexibilidad (estirarse, yoga) Sí _____ horas por semana

DIETA Y PESO:

¿Fue usted gordo de niño(a)? No Sí

¿Cuál ha sido su peso *máximo* (excluyendo cualesquier embarazos) _____ (libras)

¿A qué edad tuvo usted su peso máximo? _____ (años)

¿Está usted o alguna vez ha estado en alguna de las siguientes *dietas*?

No Sí Si ha estado en alguna, por favor especifique el tipo y dé detalles generales. Low

- a. De bajo colesterol o baja en grasa _____
- b. Diabética _____
- c. Baja en sal _____
- d. Para reducir de peso (de baja caloría) _____
- e. Vegetariana _____
- f. Baja en carbohidratos (Atkin's, etc.) _____
- g. Macrobiótica _____
- h. Otra _____
(repollo / toronja, etc.)

GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE LIPODISTROFIA.