

Cuestionario Demográfico de Lipodistrofia e Historia de Salud

I. INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Hoy

__ Mes __ Día __ Año __

1. NOMBRE: _____
Apellido de Pila Inicial de Soltera

2. DIRECCIÓN _____
Número Calle

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

3. NÚMERO DE TELÉFONO: (Residencia) _____
(Código de Área) Número

4. CONTACTO DE EMERGENCIA: _____
(Nombre)

NÚMERO DE TELÉFONO: _____
(Código de Área) Número

5. CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONTACTO: ¿Podemos contactarlo con resultados de laboratorio/estudio en los siguientes números/sitios?

	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"/>

6. FECHA DE NACIMIENTO: __ __ mes __ __ día __ __ __ __ año

7. SEXO hombre mujer

8. LUGAR DE NACIMIENTO: _____
ciudad estado o país

9. EDUCACIÓN:
 escuela primaria (6 años o menos) algo de universidad
 junior high (7 a 9 años) título de universidad

- escuela secundaria (10 a 12 años) educación profesional
 entrenamiento vocacional (después de e.s.)

10. 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 Hawaii, 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)

11. ORIGEN DE ANTEPASADO: madre _____ (país)
 padre _____ (país)

II. INFORMACIÓN MÉDICA

12. NOMBRE DE MÉDICO: _____

13. DIRECCIÓN DE MÉDICO: _____
 número calle

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

14. NÚMERO DE TELÉFONO DE MÉDICO: _____
 (código de área) número

III. HISTORIA MÉDICA PREVIA

Conteste SÍ, NO o NO SÉ. Si contesta Sí, especifique edad de aparición.

15. colesterol elevado _____

- 16. triglicéridos elevados _____
- 17. diabetes _____
- 18. Enfermedad del corazón
 - a. Angina (dolor de pecho) _____
 - b. Infarto cardíaco _____
 - c. Insuficiencia cardíaca _____
 - d. Murmullo cardíaco _____
 - e. Latido irregular o despacioso _____
 - f. Marcapasos _____
- 19. Ataque (derrame cerebral) _____
- 20. Claudicación (dolor de piernas cuando camina) _____
- 21. Xantomas (depósitos de colesterol en la piel o en los tendones) _____

- 22. Cáncer _____
- 23. Problemas de los riñones _____
Proteinuria (proteína en la orina) _____
- 24. Hemodiálisis _____
- 25. Presión sanguínea elevada _____
- 26. Problemas con los intestinos _____
- 27. Pancreatitis _____
- 28. Artritis _____
- 29. Afección del cutis _____
- 30. Tiroidea hiperactiva (hipertiroidismo) _____
- 31. Tiroidea hipoactiva (hipotiroidismo) _____
- 32. Anorexia Nerviosa _____
- 33. Bulimia _____
- 34. Problemas psiquiátricos _____

35. Alergias a drogas _____
 Si las tiene, escríbalas por favor. _____

36. Otras alergias
 Si tiene otras alergias, escríbalas por favor. _____

37. Si es usted una mujer,
- a. ¿A qué edad empezó a menstruar? _____ (años)
 - b. ¿Cuándo tuvo usted su último período menstrual? _____ (años)
 - c. ¿Tiene usted períodos menstruales irregulares? Sí No
 - d. ¿Cuántos embarazos? _____ Por favor escriba las fechas. _____
 - e. ¿Algún embarazo resultó en un aborto espontáneo? Sí No
 Si resultó, por favor dé las fechas. _____
 - f. Si no estuvo embarazada, ¿trató de concebir por más de un año? Sí No
 - g. ¿Tiene usted demasiado pelo en la cara o en el cuerpo? Sí No
 - h. ¿Ha tenido usted síndrome ovárico poliquístico? Sí No

IV. HISTORIA MÉDICA DE FAMILIA

	Sí	No	No sé	Miembro de familia
a. lipodistrofia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. ataque (derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f. diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g. cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
h. enfermedad de riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
i. enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
j. forma inusual del cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
k. otra enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

V. HOSPITALIZACIONES PREVIAS

¿Lo (La) han hospitalizado por una de la siguientes condiciones?
 Indique Sí o No, y la edad cuando lo (la) hospitalizaron.

- 38. Angina Pectoris _____
- 39. Infarto _____
- 40. Angiografía coronaria _____
- 41. Cirugía de anastomosis del corazón _____
- 42. Angioplastia coronaria trans-luminal percutánea _____
- 43. Cirugía de la arteria carótida _____
- 44. Injerto de vaso sanguíneo en brazos o piernas _____

VI. FECHAS DE ADMISIONES AL HOSPITAL O DE PROCEDIMIENTOS

(ataque cardíaco, cateterización cardíaca, cirugía del corazón, derrame cerebral, pancreatitis, cirugía de la vesícula, cirugía plástica o reconstructiva, otras cirugías u otros problemas)

Problema o Procedimiento	Año	Donde lo (la) hospitalizaron

VII. HISTORIA DE BEBER / FUMAR

- 44. ¿Ha usted fumado en su vida? No Sí
 - Si ha fumado,
 - a. ¿Cuántas cajetillas por día **como máximo**?
 0 - ½ ½ - 1 1-1½ 1½ - 2 >2
 - b. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar? _____(años)
 - c. ¿Todavía fuma? No Sí
 - Si todavía fuma, ¿cuántas cajetillas por día?
 0 - ½ ½ - 1 1 - 1½ 1½ - 2 >2

Si ya no fuma, ¿cuántos años tenía cuando dejó de fumar? _____ (años)

46. ¿Toma usted bebidas alcohólicas? Sí No

Si toma, ¿cuántas bebidas por semana en promedio? _____

(Suponga que una bebida equivale a 12 oz. de cerveza, 4 oz. de vino, o 1 oz. de puro licor.)

VIII. DIETA Y EJERCICIO

47. Altura: _____ (pies / pulgadas)

48. Peso: _____ (libras)

49. ¿Fue usted gordo(a) de niño(a)? Sí No

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

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

52. ¿Sigue usted una dieta especial? Sí No

Si tiene un régimen especial, por favor especifique el tipo y escriba detalles.

a. Baja en colesterol o baja en grasa _____

b. Diabética _____

c. Baja en sal _____

d. Para reducir de peso (baja en calorías) _____

e. Vegetariana _____

f. Otra _____

53. ¿Participa usted en programas regulares de ejercicio? Sí No

Si participa, por favor especifique el tipo de programa y la duración.

tipo de ejercicio	horas por semana
-------------------	------------------

IX. MEDICACIONES

Escriba Sí o No y por favor especifique si escribe sí.

54. ¿Está tomando pastillas de contracepción actualmente? _____

55. ¿Está tomando hormonas? _____

- a. Tiroidea _____
- b. Estrógeno _____
- c. Progesterona _____
- d. Esteroides _____
- e. Esteroides anabólicos, (i.e. testosterona) _____
- f. Otros _____

56. ¿Está usted tomando o ha tomado drogas para reducir los lípidos? _____

- a. Niacin (ácido nicotínico) _____
- b. Colestipol, Cholestyramine _____
- c. Lopid (Gemfibrozil), Tricor (Fenofibrate) _____
- d. Mevacor, Zocor, Pravachol, Lescol, Lipitor, Crestor _____
- e. Aceite de pescado _____
- f. Zetia _____
- g. Otras _____

57. ¿Toma usted medicaciones para alta presión o enfermedad del corazón? _____

58. ¿Toma usted medicaciones para reducir la glucosa? _____

- a. Insulina _____
- b. Glyburide, Glipizide, Glimepiride _____
- c. Metformin (Glucophage) _____
- d. Rosiglitazone (Avandia) _____
- e. Pioglitazone (Actos) _____
- f. Otras _____

59. ¿Está usted tomando antidepresivos? _____

60. ¿Está usted tomando drogas anorécticas (para inhibir el apetito) _____

61. Por favor escriba todas las medicaciones, incluyendo hierbas, suplemento y productos no recetados que usted está tomando.

Nombre	Dosis	Como usted la toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

X. LIPODISTROFIA

62. ¿Lo (La) han diagnosticado previamente con lipodistrofia? Sí No

Si lo (la) han diagnosticado previamente con lipodistrofia,

a. ¿a qué edad le hicieron el diagnosis primero? _____ (años)

b. ¿Cuántos años tenía usted cuando primero notó la lipodistrofia? _____ (años)

c. ¿Cuáles áreas de su cuerpo fueron afectadas por falta de grasa?
(trace un círculo alrededor de todos lo que apliquen)

- | | | | |
|---------|---------|---------------------|-------|
| Cuello | Cara | Brazos / antebrazos | Pecho |
| Abdomen | Caderas | Piernas | |

d. ¿Hubo secuencia a la pérdida de grasa en la áreas afectadas? Si No

e. Si hubo, note por favor el orden (escriba 1, 2, 3, etc. en las cajitas.)

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Cara | <input type="checkbox"/> Brazos / antebrazos |
| <input type="checkbox"/> Pecho | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Caderas Piernas |

f. ¿Cuántos años tenía usted cuando terminó el progreso de la pérdida de grasa?
_____ (años)

Escriba Sí, No, No sé, o explique .

63. ¿Aparecen musculares sus brazos? _____

64. ¿Muestran sus brazos venas prominentes? _____

65. ¿Aparecen musculares sus piernas? _____

66. ¿Muestran sus piernas venas prominentes? _____

67. ¿Tiene usted gordura excesiva en algunas áreas de su cuerpo? (Si tiene, por favor explique)

68. ¿Tiene usted doble barbilla? _____

69. ¿Tiene usted pigmentación anormal, oscura (acantosis nigricans) en su cuerpo, particularmente en la nuca, axilas, tronco o ingle? (Si la tiene, por favor explique.)

70. ¿Tiene usted el bazo o el hígado más grande? _____

71. ¿Tiene usted canas prematuras? _____

72. ¿Tiene usted pérdida de cabello? _____

73. ¿Tiene usted debilidad de los músculos? _____

74. ¿Tiene usted enfermedades de los huesos? _____

75. ¿Tiene usted enfermedades de los ojos, como cataratas o glaucoma? _____

GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE LIPODISTROFIA.