



# Sister Study Health Update

Please return this form even if there are no changes to report.

It is important to the Sister Study that we stay updated on your health. Please take a few minutes to fill out this form and let us know if you have been diagnosed with any of the following conditions **since August 2005**.

1. Since August 2005, has a doctor or other health professional told you that you had any of the following conditions?

	NO	YES	Month and year of diagnosis:
a. Breast cancer	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
a1. Ductal carcinoma in situ (DCIS)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
a2. Lobular carcinoma in situ (LCIS)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
b. Lung cancer	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
c. Ovarian cancer	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
d. Cancer of the colon or rectum	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
e. Malignant melanoma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
f. Skin cancer (not malignant melanoma)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
g. Any other type of cancer	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ { <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/> } What kind: _____
h. Heart attack (myocardial infarction)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ { <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/> } Were you a patient in a hospital overnight? NO <input type="checkbox"/> N YES <input type="checkbox"/> Y
i. Stroke	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
j. Asthma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
k. Hypertension	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
l. Diabetes	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
m. Hip fracture	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
n. Wrist fracture	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/>
o. Any other major illness	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	→ { <input type="text"/> / <input type="text"/> 2   0   0   <input type="text"/> } What kind: _____

2. Have you had surgery since Aug. 2005?  N  Y → {  /  2 | 0 | 0 |  }  
What kind: \_\_\_\_\_

3. Today's date:  /  / 2 | 0 | 0 |   
(month) (day) (year) What kind: \_\_\_\_\_

Thank you for your continued participation in the Sister Study. Please mail this form to us at the address below. A postage-paid envelope is provided.

The Sister Study, 1009 Slater Road, Suite 120, Durham, NC 27703  
phone: 1-877-4SISTER (1-877-474-7837); email: update@sisterstudy.org





# Formulario de Actualización del Estado de Salud: Año 1

Por favor envíe este formulario aunque no tenga cambios que reportar.

Es importante para el Estudio de Hermanas que tengamos la información sobre su salud al día. Por favor tome unos minutos para completar este formulario y dejarnos saber si ha sido diagnosticada con alguna de las siguientes condiciones **desde Agosto del 2005**.

1. Desde agosto del 2005, ¿un médico o profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

	NO	SI	Mes y año del diagnostico:
a. Cáncer de Seno (mamas)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ / 2   0   0   ____
a1. Carcinoma ductal in situ (DCIS)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ / 2   0   0   ____
a2. Carcinoma lobular in situ (LCIS)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ / 2   0   0   ____
b. Cáncer de pulmón	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ / 2   0   0   ____
c. Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
d. Cáncer de colon o recto	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
e. Melanoma maligno	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
f. Cáncer de piel (no melanoma maligno)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
g. Cualquier otro tipo de cáncer	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	{ ____ / 2   0   0   ____ ¿Qué tipo?: _____ }
h. Ataque al corazón (infarto de miocardio)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	{ ____ / 2   0   0   ____ ¿Pasó la noche como paciente en el hospital? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> }
i. Apoplejía (stroke)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
j. Asma	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
k. Hipertensión	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
l. Diabetes	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ / 2   0   0   ____
m. Fractura de cadera	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
n. Fractura de muñeca	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	____ 2   0   0   ____
o. Cualquier otra enfermedad seria	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S	{ ____ / 2   0   0   ____ ¿Qué tipo?: _____ }

2. ¿Ha tenido cirugía desde agosto del 2005?

N  S → { \_\_\_\_ / 2 | 0 | 0 | \_\_\_\_  
¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ / 2 | 0 | 0 | \_\_\_\_  
¿Qué tipo?: \_\_\_\_\_ }

3. Fecha de hoy:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2 | 0 | 0 | \_\_\_\_  
(mes) (dia) (ano)

Gracias por su continua participación en el Estudio de Hermanas. Por favor envíenos este formulario por correo a la siguiente dirección. Se incluye un sobre con correo pagado.

The Sister Study, 1009 Slater Road, Suite 120, Durham, NC 27703  
Telf. gratis: 1-877-474-7837 (1-877-4SISTER); email: [update@sisterstudy.org](mailto:update@sisterstudy.org)

ID#: SIS 