



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 2008.

Today's date / /
month day year

ID # * «StudyID»-hlth*
 «StudyID»

Since August 2008, has a doctor or other health professional told you that you had any of the following conditions?

		If YES, give the month and year of diagnosis.	
		YES	MONTH / YEAR
a	Breast cancer	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
b	DCIS (ductal [breast] carcinoma in situ)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
c	LCIS (lobular [breast] carcinoma in situ)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
d	Lung cancer	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
e	Ovarian cancer	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
f	Cancer of the uterus or endometrium	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
g	Cancer of the colon or rectum	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
h	Malignant melanoma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
i	Any other type of cancer except non-melanoma skin cancer	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
j	Heart attack (myocardial infarction – MI)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> Were you a patient in a hospital overnight? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES
k	Other heart disease (e.g. angina, congestive heart failure, arrhythmias)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
l	Stroke, mini-stroke, TIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
m	Thyroid disease	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
n	Autoimmune disease (e.g., rheumatoid arthritis, lupus, scleroderma, multiple sclerosis, or other)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
o	Asthma	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
p	Hypertension (high blood pressure)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
q	Diabetes	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
r	Hip, wrist or other fracture	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
s	Any other major illness	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____

*Thank you for your continued participation in the Sister Study. Please mail this form to:
The Sister Study, 1009 Slater Road, Suite 120, Durham, NC 27703. A postage-paid envelope is provided.
 Phone: 1-877-4SISTER (1-877-474-7837); email: update@sisterstudy.org*



Formulario de Actualización del Estado de Salud

* 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 2008**.

Fecha de hoy / /
(mes) (día) (año)

ID # * «StudyID»-hlth*
«StudyID»

Desde agosto del 2008, ¿un médico o profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

		Si responde SÍ, dé el mes y el año de diagnóstico	
		SÍ	MES / AÑO
	NO		
a	Cáncer de Seno (mamas) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
b	DCIS (carcinoma ductal [mamas] in situ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
c	LCIS (carcinoma lobular [mamas] in situ) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
d	Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
e	Cáncer de ovario <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
f	Cáncer del útero o del endometrio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
g	Cáncer del colon o recto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
h	Melanoma maligno <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
i	Cualquier otro tipo de cáncer excepto cáncer de piel no melanoma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
j	Ataque al corazón (infarto de miocardio – MI) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Pasó la noche como paciente en el hospital? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
k	Otro enfermedad cardiac (Ej.angina, insuficiencia cardiaca congestive, arritmia) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
l	Apoplejía (stroke), “mini-stroke” o TIA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
m	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
n	Enfermedad autoinmune (Ej. artritis reumatoide, lupus, esclerodermia, múltiple esclerosis, u otro tipo) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
o	Asma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
p	Hipertensión (presión sanguínea alta) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
q	Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
r	Fractura de cadera, muñeca, u otro tipo de fractura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
s	Cualquier otra enfermedad seria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____

Gracias por su continua participación en el Estudio de Hermanas. Por favor envíenos este formulario por correo a:
The Sister Study, 1009 Slater Road, Suite 120, Durham, NC 27703. Se incluye un sobre con correo pagado.
Telf. gratis: 1-877-474-7837 (1-877-4SISTER); email: update@sisterstudy.org