



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 2010.

Today's date

/ /
month day year

ID #



«StudyID»

Since August 2010, 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.	
NO		YES	MONTH / YEAR
a	Breast cancer <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
b	DCIS (ductal [breast] carcinoma in situ) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
c	LCIS (lobular [breast] carcinoma in situ) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
d	Lung cancer <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
e	Ovarian cancer <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
f	Cancer of the uterus or endometrium (please do not include non-cancerous conditions such as fibroids, endometriosis, or pre-cancer) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
g	Cancer of the colon or rectum <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
h	Malignant melanoma <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<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"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
j	Heart attack (myocardial infarction – MI) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> Were you a patient in a hospital overnight? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y
k	Other heart disease (e.g. angina, congestive heart failure, arrhythmias) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
l	Stroke, mini-stroke, TIA <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
m	Thyroid disease <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<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"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
o	Asthma <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
p	Hypertension (high blood pressure) <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
q	Diabetes <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
r	Hip, wrist or other fracture <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<input type="text"/> / <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> What kind? _____
s	Any other major illness <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y	<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 2010**.

Fecha de hoy / /
(mes) (día) (año)

ID #  «StudyID»

Desde agosto del 2010, ¿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
a	Cáncer de Seno (mamas) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
b	DCIS (carcinoma ductal [mamas] in situ) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
c	LCIS (carcinoma lobular [mamas] in situ) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
d	Cáncer de pulmón <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
e	Cáncer de ovario <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
f	Cáncer del útero o del endometrio (por favor no incluya condiciones no cancerosas como fibroides, endometriosis, o pre-cáncer) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
g	Cáncer del colon o recto <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
h	Melanoma maligno <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <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"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
j	Ataque al corazón (infarto de miocardio – MI) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Pasó la noche como paciente en el hospital? <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
k	Otro enfermedad cardiaca (Ej.angina, insuficiencia cardiaca congestive, arritmia) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
l	Apoplejía (stroke), “mini-stroke” o TIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
m	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <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"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
o	Asma <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
p	Hipertensión (presión sanguínea alta) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
q	Diabetes <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>
r	Fractura de cadera, muñeca, u otro tipo de fractura <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Qué tipo? _____
s	Cualquier otra enfermedad seria <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> S	<input type="text"/> <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
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. / Instituto Nacional de Salud / Instituto Nacional de Ciencias de Salud Ambiental