



Estimada(o) \_\_\_\_\_,

Le agradecemos su participación en el Estudio de Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos (HCHS-SOL por sus siglas en inglés). Su visita ha sido programada para:

Día: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de que tenga alguna pregunta o que tenga que posponer su cita, por favor llame al **305-243-1828** entre las 8:00 AM y las 5:00 PM, de lunes a viernes, para cambiarla. El día de su cita, el chofer irá a su domicilio a **las 7:00 AM**. Si tuviera alguna emergencia esa mañana, le pedimos que llame al chofer al celular al **(305) 213- 9152**.

### **LE PEDIMOS QUE PRESTE ATENCIÓN A LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES**

#### **○ INSTRUCCIONES DEL AYUNO Y MEDICAMENTOS PARA VISITAR NUESTRA CLÍNICA**

Le pedimos que venga en ayunas a la clínica HCHS/SOL. Esto significa que **sólo deberá tomar agua (sin comer ni tomar otras bebidas) a partir de las 12 de la medianoche del día de su cita**. Por favor, coma el día anterior como usualmente suele hacerlo. Le pedimos que haga esto porque se le tomarán muestras de sangre esa mañana.

Si está bajo el cuidado de un profesional de salud y se le ha indicado que tome medicamentos para **la presión arterial (hipertensión) o algún problema del corazón** en la mañana, le pedimos que lo haga así. En otras palabras, **tome sus medicamentos de la presión o el corazón (solamente con agua) antes de venir a la clínica. Así su presión se mantendrá controlada durante la visita.**

Si toma medicamentos para la **diabetes**, le pedimos que **NO los tome esa mañana**, sino que los traiga a la clínica. Le pedimos que haga esto para evitar que su azúcar le baje durante la visita ya que vendrá en ayunas. Una vez se le hayan tomado las muestras de sangre recibirá una merienda, y en ese momento podrá tomar sus medicamentos. Si usted usa insulina tráigala a la clínica por favor, así como sus jeringuillas, tirillas para examinar el azúcar en la sangre, y su maquinita para medir los niveles de azúcar.

Si usa **medicamentos inhalados para el asma o enfisema u otra enfermedad de los pulmones**, los puede usar esa mañana. Si es posible, úselos por lo menos dos horas antes de su cita. Anote la hora en que los usó y notifique a la persona que le vá a hacer el examen de la función de sus pulmones.

Recuerde traer **todos** los medicamentos, vitaminas y suplementos que ha usado **en las últimas 4 semanas**, aunque no los tome regularmente. Traiga los medicamentos que su médico le ha recetado y también medicamentos o suplementos que alguna otra persona le haya recomendado sin receta. También traiga los tés, polvos, lociones, jarabes u otras sustancias que provienen de hierbas o remedios naturales que acostumbra usar, aunque los haya obtenido fuera de los EEUU. Aún si se le han terminado los medicamentos o suplementos en las últimas 4 semanas, favor de traer sus etiquetas o envases.

○ **ANTEOJOS**

Si usa anteojos/gafas para leer, favor de traerlos a nuestra clínica y manténgalos a la mano durante el curso de su visita.

○ **INDIQUE QUIÉN ES SU MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Si Ud. lo autoriza le enviaremos los resultados de sus exámenes de este estudio a su doctor o a la clínica donde Ud. recibe atención médica. Por favor registre el nombre de su medico/servicio médico en el espacio provisto en la última página y traiga esa información a la clínica.

○ **PRUEBA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA**

Si Ud. decide hacer este examen de la diabetes, se le ofrecerá una bebida que contiene azúcar mientras está en ayunas y se le tomará una segunda muestra de sangre dos horas más tarde. Se le ofrecerá un almuerzo liviano o merienda una vez tomada la segunda muestra de sangre.

○ **INFORMACION REQUERIDA PARA MANTERNOS EN CONTACTO EN EL FUTURO**

Le pedimos que nos indique quiénes son las personas que nos podrán ayudar a ubicarlo/a en el futuro si Ud. estuviera ausente o se hubiera mudado. Vea la sección de Contactos Personales en la última página.

Ya que nuestra clínica está dedicada exclusivamente a ver participantes en el estudio es muy importante que Ud. llegue a la hora indicada. Su visita consistirá de los siguientes exámenes, una vez autorizados por Ud.:

Recepción y consentimiento informado  
Toma de una muestra de orina  
Medida de la presión arterial  
Toma de una muestra de sangre  
Prueba de tolerancia a la glucosa  
Peso, estatura, medida de cintura y cadera

Prueba de audición  
Entrevistas  
Electrocardiograma (ECG)  
Merienda  
Examen de los dientes y encías  
Prueba de función pulmonar

**Duración total estimada de su visita – Aproximadamente 6 a 7 horas**

Si se le ocurren preguntas o se presenta alguna dificultad que haga difícil su visita a nuestra clínica en la fecha u hora indicada le pedimos que nos llame a la clínica al **305-243-1828** entre las 8:00 A.M. y 5:00 P.M., de lunes a viernes.

## CÓMO TRAER TODOS SUS MEDICAMENTOS A LA CLÍNICA

Nos interesa mucho saber qué medicamentos y preparaciones está tomando, ya que pueden afectar los resultados de sus exámenes de sangre. Le pedimos que traiga todos los medicamentos y remedios que ha usado en las últimas cuatro semanas y que use para esto la bolsa de plástico que le hemos proporcionado. Le pedimos que incluya:

- Medicamentos que le ha recetado su médico
- Medicamentos recetados por un médico a otra persona que Ud. haya tomado
- Medicamentos y suplementos que se compran sin receta.
- Suplementos, polvos, tés o infusiones, lociones, jarabes u otras sustancias que provienen de hierbas o remedios naturales aunque sean obtenidos fuera de los EEUU.

Si se le han terminado los medicamentos o suplementos de las últimas 4 semanas, favor de traer las etiquetas o envases de esos medicamentos.

Para ayudarle a recordar lo que ha tomado en las últimas cuatro semanas:

- ¿Se ha sentido mal/ha visto un médico, dentista, u otro profesional de salud que le recetó o recomendó un medicamento?
- Revise la siguiente lista de condiciones médicas y medicamentos típicos para ayudarle a recordar los que debe traer a la clínica.

### Condiciones Médicas

Alergias  
Anemias  
Artritis, problemas de las articulaciones (ejemplo: cortisona, anti-inflamatorios)  
Ataques epilépticos  
Anticonceptivos  
Anti-inflamatorios  
Bronquitis  
Cáncer  
Constipación  
Diabetes (por ejemplo: insulina)  
  
Dolores de cabeza, jaquecas  
Fiebres  
Gripe, tos  
Enfermedad isquémica del corazón, angina de pecho (ejemplo: nitroglicerina, digitalis)  
Infecciones (ejemplo: penicilina, sulfas, otros antibióticos)  
Trastornos de los bronquios o pulmones (asma, enfisema, bronquitis crónica)  
Neumonía  
Nausea, vértigo  
Presión arterial elevada / hipertensión  
  
Problemas de la piel / cutáneos  
Problemas vasculares, flebitis, trombosis  
Resfríos, tos  
Trastornos de la tiroides  
Trastornos menstruales  
Úlceras del estómago/ intestino, problemas digestivos,

### Medicamentos

Analgésicos / píldoras para dolores (ejemplo: Codeína, Darvon, Percodan, Tylenol Nos.3 o 4)  
Antiácidos: líquidos o tabletas  
  
Ansiolíticos, antidepresivos  
Antihistamínicos  
Anticonceptivos  
Calcio (suplementos)  
Control del peso / apetito  
Control del colesterol / otros lípidos  
Cortisona en inhalantes, cremas, píldoras, nebulizadores  
Descongestionantes  
Dietas que requieren píldoras  
Digestión  
Hierro; suplementos y medicinas para la anemia  
Gotas para los ojos, oídos, nariz  
Hemorroides / supositorios  
Hormonas femeninas o masculinas  
Laxativos  
  
Medicamentos para el corazón, angina de pecho, trastornos del ritmo cardíaco  
Medicamentos para la diabetes / azúcar alta (píldoras o insulina)  
Medicamentos para síntomas de la menopausa  
Píldoras para eliminar líquido  
Píldoras para dormir  
Relajantes musculares  
Tratamiento para la presión alta  
Vitaminas o minerales

**PROFESIONAL DE SALUD DESIGNADO POR UD. PARA RECIBIR LOS RESULTADOS DE SUS EXAMENES EN EL ESTUDIO DE SALUD DE LA COMUNIDAD HISPANA (HCHS/SOL)**

**Su nombre :** \_\_\_\_\_

Si Ud. lo autoriza le enviaremos los resultados de sus exámenes del estudio a su doctor o a la clínica donde Ud. recibe atención médica. Si en cambio prefiere que los resultados de sus exámenes de este estudio NO sean enviados a su médico o clínica sino que a otra persona, indíquelo en esta página.

De acuerdo a su preferencia, registre el nombre y la dirección completa donde deberán ser enviados los resultados de sus exámenes y traiga esta información a la clínica.

**NOMBRE DEL DOCTOR O CLÍNICA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

**PREFIERO QUE LOS RESULTADOS DE MIS EXAMENESS DEL ESTUDIO SEAN ENVIADOS A:**

**NOMBRE COMPLETO:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO:** \_\_\_\_\_

Si Ud. ha indicado que no desea enviarle los resultados de sus exámenes del estudio a su doctor o a la clínica donde Ud. recibe atención médica, favor de marcar esa opción en la última página de su consentimiento informado.

## CONTACTOS PERSONALES

Ya que en forma periódica estaremos en contacto con Ud. por varios años le pedimos que nos indique quiénes son las personas que nos podrán ayudar a ubicarlo/a en el futuro si Ud. estuviera ausente o se haya mudado.

Recuerde: al igual que su propia información personal, la información sobre sus contactos es confidencial y no se divulgará. Si fuera necesario que nos pongamos en contacto con una de estas personas solamente le indicáramos que el estudio quisiera ponerse en contacto con Ud.

Por favor indique los nombres, dirección postal y número de teléfono de dos parientes o amigos cercanos que no viven con Ud. y que estarán en condiciones de saber si Ud. está de viaje o se ha mudado.

### CONTACTO No. 1

**NOMBRES (FIRST NAME):** \_\_\_\_\_

**APELLIDO PATERNO/NOMBRE DE CASADA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NÚMERO TELEFÓNICO:** \_\_\_\_\_

### CONTACTO No. 2

**NOMBRES (FIRST NAME):** \_\_\_\_\_

**APELLIDO PATERNO/NOMBRE DE CASADA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NÚMERO TELEFÓNICO:** \_\_\_\_\_