

Estimado(a) _____,

Le agradecemos su participación en, el *Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos HCHS/SOL*. Su visita ha sido fijada para:

Día _____ Hora: _____

Le pedimos que se presente en el **450 4ta avenida, Suite 311, Chula Vista, CA 92910**. Le adjuntamos un mapa y direcciones de cómo llegar a la clínica de HCHS/SOL. Si tiene alguna pregunta al respecto, por favor llame a la enfermera **Johanne Hernandez, al 619-205-1923, entre las 9am y 4pm, lunes a viernes.**

LE PEDIMOS QUE PRESTE ATENCION A LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

○ INSTRUCCIONES DEL AYUNO Y MEDICAMENTOS PARA VISITAR NUESTRA CLINICA

Le pedimos que venga en ayunas a la clínica HCHS/SOL el día de su cita. Esto significa que **sólo deberá tomar agua (sin comer ni tomar otras bebidas) a partir de las 12 de la medianoche anterior a su cita**. 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 va 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. Aun si se le han terminado los medicamentos o suplementos en las ultimas 4 semanas, favor de traer sus etiquetas o envases.

○ ANTEOJOS

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

○ **INDIQUE QUIEN ES SU MEDICO O PROVEEDOR DE ATENCION MEDICA**

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 médico/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 que pesquisa diabetes se le ofrecerá una bebida que contiene azúcar mientras esta en ayunas y se le tomará una segunda muestra de sangre dos horas más tarde. Se le ofrecerá un almuerzo liviano una vez tomada la segunda muestra de sangre.

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

Le pedimos que nos indique quienes 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 esta dedicada exclusivamente a ver participantes en el estudio (**HCHS/SOL**) 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	Prueba de audición
Toma de una muestra de orina	Entrevistas
Medición de la presión arterial	Electrocardiograma (ECG)
Toma de una muestra de sangre	Almuerzo liviano
Prueba de tolerancia a la glucosa	Examen de los dientes y
encías	
Peso, estatura, medida de cintura y cadera	Prueba de función pulmonar

Duración total estimada de su visita – Aproximadamente 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 (**[619-205-1923](tel:619-205-1923)**) entre las 9:00 A.M. y 4:00 P.M., de lunes a viernes.

COMO TRAER TODOS SUS MEDICAMENTOS A LA CLINICA

Nos interesa mucho saber que medicamentos y preparaciones esta 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 pare esto la bolsa (HCHS/SOL) que le hemos proporcionado. Le pedimos que incluya:

- Medicamentos que le ha recetado su médico
- Medicamentos recetados por un medico 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 ultimas 4 semanas, favor de traer las etiquetas o envases de esos medicamentos.

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

- Se ha sentido mal/ha visto un medico, dentista, u otro profesional de salud que le receto 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, problems de las articulaciones (ejemplo: cortisona, anti-inflamatorios)
Ataques epilepticos
Anticonceptivos
Anti-inflamatorios
Bronquitis
Cancer
Constipación
Diabetes (por ejemplo: insulina)

Dolores de cabeza, jaquecas
Fiebres
Grippe, tos
Enfermedad isquemica del corazon, angina de pecho (ejemplo: nitroglicerina, digitalis)
Infecciones (ejemplo: penicilina, sulfas, otros antibiotics)
Trastornos de los bronquios o pulmones (asma, enfisema, bronquitis crónica)
Neumonía
Nausea, vertigo
Presion arterial elevada / hipertension

Problemas de la piel / cutáneos
Problemas vasculares, flebitis, trombosis
Resfrios, tos
Trastornos de la tiroide
Trastornos menstruales
Ulceras del estómago/ intestino, problemas digestivos,

Medicamentos

Analgésicos / pildoras para dolores (ejemplo: Codeina, Darvon, Percodan, Tylenol Nos.3 o 4)
Antiacidos: líquidos o tabletas

Ansioliticos, antipresivos
Antihistaminicos
Anticonceptivos
Calcio (suplementos)
Control del peso / apetito
Control del colesterol / otros lípidos
Cortisona en inhalantes, cremas, píldoras, nebulizadores
Descongestionantes
Dietas que requieren píldoras
Digestión
Fierro; suplementos y medicinas para la enemia
Gotas para los ojos, oidos, nariz
Hemorroides / suppositorios
Hormonas femeninas o masculinas
Laxativos

Medicamentos para el corazón, angina de pecho, trastornos del ritmo ardiaco
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 RESULTDOS DE
SUS EXAMENES EN HCHS/SOL**

Su nombre: _____

Si Ud. lo autoriza le enviaremos los resultados de sus exámenes del estudio **HCHS/SOL** 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 CLINICA: _____

DIRECCION POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

**PREFIERO QUE LOS RESULTADOS DE MIS EXAMENS DEL ESTUDIO
(HCHS/SOL) SEAN ENVIADOS A:**

NOMBRE COMPLETO: _____

DIRECCION POSTAL: _____

NUMERO DE TELEFONO: _____

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

CONTACTOS PERSONALES

Ya que en forma periódica estaremos en contacto con Ud. por varios años le pedimos que nos indique quienes 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 ([HCHS/SOL](#)) 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: _____

DIRECCION: _____

NUMERO TELEFONICO: _____

CONTACTO No. 2

NOMBRES (FIRST NAME): _____

APELLIDO PATERNO/NOMBRE DE CASADA: _____

DIRECCION: _____

NUMERO TELEFONICO: _____