

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



# HCHS/SOL Hearing History Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: HHS  
VERSION: A 7/04/07

Contact Occasion

SEQ #

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

/   /

Month

Day

Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** No proxy respondents. Although it is better if administration occurs *before* hearing testing, these questions may be asked at an interview separate from the examination. Encourage participants to select the answer that best fits their experiences. Check only one response per item.

1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su audición (sin el uso de un aparato auditivo)?

- Excelente 0
- Bueno 1
- Tiene un problema ligero 2
- Tiene un problema moderado 3
- Tiene un gran problema 4
- Es sordo(a) 5

2. ¿Tiene usted 65 años de edad o más?

- No 0
- Sí 1

→ **GO TO QUESTION 13**

### A. Hearing Loss in Participants Younger than Age 65

*Por favor, conteste sí, no o algunas veces, a cada una de las siguientes preguntas. Si usted usa un aparato auditivo, por favor conteste las preguntas según como usted oye sin la ayuda del aparato.*

3. ¿El problema de audición le haga sentirse avergonzado(a) cuando conoce nuevas personas?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

4. ¿El problema de audición le haga sentirse frustrado(a) cuando habla con otros miembros de su familia?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

5. ¿El problema de audición le cause dificultad al escuchar/entender a sus compañeros de trabajo o clientes?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

6. ¿Se siente usted discapacitado(a) por tener un problema de audición?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

7. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando visita amistades, familiares o vecinos?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

8. ¿El problema de audición le cause dificultad en el cine o el teatro?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

9. ¿El problema de audición le provoque tener discusiones con miembros de su familia?

- No 0
- Algunas veces 1
- Sí 2

10. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando escucha la televisión o la radio?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
11. ¿Siente usted que cualquier dificultad con la audición limita o impide su vida personal o social?  
 1  No 0  Algunas veces   
 Sí 2
12. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2

**GO TO SECTION C, QUESTION 23**

**B. Hearing Loss in Participants Age 65 and Older**

*Por favor, conteste sí, no o algunas veces, a cada una de las siguientes preguntas. Si usted usa un aparato auditivo, por favor conteste las preguntas según como usted oye sin la ayuda del aparato.*

13. ¿El problema de audición le haga sentirse avergonzado(a) cuando conoce nuevas personas?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
14. ¿El problema de audición le haga sentirse frustrado(a) cuando habla con otros miembros de su familia?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
15. ¿Tiene usted problemas de oír a alguien cuando le hablan murmurando?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
16. ¿Se siente usted discapacitado(a) por tener un problema de audición?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
17. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando visita amistades, familiares o vecinos?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
18. ¿El problema de audición haga que usted asista a los servicios religiosos con menos frecuencia de la que a usted le gustaría?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
19. ¿El problema de audición le provoque tener discusiones con miembros de su familia?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
20. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando escucha la televisión o la radio?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2
21. ¿Siente usted que cualquier dificultad con la audición limita o impide su vida personal o social?  
 1  No 0  Algunas veces   
 Sí 2
22. ¿El problema de audición le cause dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?  
 No 0  Algunas veces 1  Sí 2

**C. Hearing Aid Use**

23. ¿Alguna vez ha usado un aparato auditivo?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 27</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 27</b>

24. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un aparato auditivo?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 27</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 27</b>

25. ¿Por cuánto tiempo ha usado usted un aparato auditivo?

Menos de 6 semanas	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 6 semanas a 11 meses	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 1 a 2 años	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 3 a 4 años	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 5 a 9 años	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 10 a 14 años	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 años o más	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usó usted el aparato auditivo?

Siempre	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usualmente	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mitad del tiempo	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rara vez	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D. Noise Exposure**

27. ¿Alguna vez ha hecho servicio militar?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 30</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	2	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 30</b>

28. ¿Por cuánto tiempo hizo servicio militar?

Menos de 2 años	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 2 a 5 años	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de 5 años	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Alguna vez usó protección en sus oídos durante su servicio militar?

No	0	<input type="checkbox"/>	Sí	1	<input type="checkbox"/>	No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	----	---	--------------------------	----------------	---	--------------------------

30. ¿Alguna vez disparó un arma de fuego (fuera del servicio militar)?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 32</b>
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe/rehusó	9	<input type="checkbox"/>	→	<b>GO TO QUESTION 32</b>

31. En el ultimo año, ¿cuántos días disparó usted un arma de fuego?

- Ningún día 1
- De 1 a 5 días 2
- De 6 a 10 días 3
- Más de 10 días 4
- No sabe/rehusó 9

32. Aparte de su trabajo, ¿alguna vez ha estado usted expuesto(a) a fuertes ruidos, tales como ruidos de herramientas eléctricas o música en alto volumen por un promedio de al menos una vez al mes por un año?

- No 0  → **GO TO QUESTION 34**
- Sí 1
- No sabe/rehusó 9  → **GO TO QUESTION 34**

33. ¿Alguna vez ha usado artículos de protección para sus oídos mientras estaba expuesto(a) a estos ruidos fuertes?

- No 0
- Sí 1
- No sabe/rehusó 9

34. ¿Escuchó usted música de un sistema de música personal (tales como iPod, MP3 o CD) usando auriculares en los últimos 7 días?

- No 0  → **END QUESTIONNAIRE**
- Sí 1
- No sabe/rehusó 9  → **END QUESTIONNAIRE**

35. ¿Aproximadamente cuántas horas pasó usted escuchando su sistema de música personal durante la última semana?

- Menos de una hora 1
- De 1 a 2 horas 2
- De 3 a 4 horas 3
- De 5 a 7 horas 4
- De 8 a 9 horas 5
- 10 horas o más 6