

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 02 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 Social Network Index Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: SNS
VERSION: A
6/14/07

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: Mark the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response.

Estos preguntas son sobre cuanta gente ve o le habla regularmente.

1. ¿Cuántos hijos tiene usted?

Ninguno	0	<input type="checkbox"/>	→ GO TO QUESTION 3
1	1	<input type="checkbox"/>	
2	2	<input type="checkbox"/>	
3	3	<input type="checkbox"/>	
4	4	<input type="checkbox"/>	
5	5	<input type="checkbox"/>	
6	6	<input type="checkbox"/>	
7 o más	7	<input type="checkbox"/>	

2. ¿Cuántos de sus hijos usted ve y les habla por teléfono al menos una vez por cada dos semanas?

Ninguno	0	<input type="checkbox"/>
1	1	<input type="checkbox"/>
2	2	<input type="checkbox"/>
3	3	<input type="checkbox"/>
4	4	<input type="checkbox"/>
5	5	<input type="checkbox"/>
6	6	<input type="checkbox"/>
7 o más	7	<input type="checkbox"/>

3. ¿Aun vive alguno de sus padres?

Ninguno	0	<input type="checkbox"/>	→ GO TO QUESTION 5
Solo mi madre	1	<input type="checkbox"/>	
Solo mi padre	2	<input type="checkbox"/>	
Los ambos	3	<input type="checkbox"/>	

4. ¿Usted ve o habla por teléfono con unos de sus padres por lo menos una vez cada 2 semanas?

Ninguno	0	<input type="checkbox"/>
Solo mi madre	1	<input type="checkbox"/>
Solo mi padre	2	<input type="checkbox"/>
Los ambos	3	<input type="checkbox"/>

5. ¿Aun vive alguno de sus suegros (o los padres de su pareja)?

- | | | | | |
|------------------|---|--------------------------|---|-------------------------|
| Ninguno | 0 | <input type="checkbox"/> | → | GO TO QUESTION 7 |
| Suegra solamente | 1 | <input type="checkbox"/> | | |
| Suegro solamente | 2 | <input type="checkbox"/> | | |
| Los ambos | 3 | <input type="checkbox"/> | | |
| No se aplica | 4 | <input type="checkbox"/> | → | GO TO QUESTION 7 |

6. ¿Usted ve o habla por teléfono unos de sus suegros (o los padres de su pareja) por lo menos una vez cada 2 semanas?

- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| Ninguno | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Suegra solamente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Padre solamente | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Los ambos | 3 | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Con cuántos otros familiares se siente cercano (aparte de su esposo(a), padres & hijos)?

- | | | |
|---------|---|--------------------------|
| Ninguno | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 5 | <input type="checkbox"/> |
| 6 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| 7 o más | 7 | <input type="checkbox"/> |