

OMB#: 0925-0584  
Exp. XX/XXXX

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 10 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 (0925-0584). Do not return the completed form to this address.



|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                  |   |   |       |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|------------------|---|---|-------|--|--|
| ID NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE | Contact Occasion | 0 | 1 | SEQ # |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VERSION: A     |                  |   |   |       |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9/21/08        |                  |   |   |       |  |  |

**GENERAL HEALTH**

2. Desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana el (date), ¿diría usted que, en general, su salud es excelente, muy buena, buena, regular, mala o no está seguro(a)? (read all response categories except “no está seguro(a)”)

Excelente 0     Muy buena 1     Buena 2     Regular 3     Mala 4

**HOSPITALIZED AND EMERGENCY DEPARTMENT EVENTS**

“La siguiente serie de preguntas trata sobre si ha sido admitido(a) en un hospital o si ha ido a la sala de emergencias en alguna ocasión desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana el (date)”

3. Desde su visita a la clínica del estudio el (date), ¿ha sido admitido(a) en un hospital en alguna ocasión?

No            0     Go to item 4  
 Yes            1   
 Unsure        2     Go to item 4

3a. ¿Por qué razón lo(a) admitieron en el hospital? (do not read choices)

|                                                 |   |                                             |
|-------------------------------------------------|---|---------------------------------------------|
| Infarto de miocardio, ataque al corazón         | 0 | <input type="checkbox"/>                    |
| Angina de pecho, dolor de pecho                 | 1 | <input type="checkbox"/>                    |
| Insuficiencia cardiaca o falla cardiaca         | 2 | <input type="checkbox"/>                    |
| Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio | 3 | <input type="checkbox"/>                    |
| Enfermedad vascular periférica                  | 4 | <input type="checkbox"/>                    |
| Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar    | 5 | <input type="checkbox"/>                    |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica         | 6 | <input type="checkbox"/>                    |
| Asma                                            | 7 | <input type="checkbox"/>                    |
| Otro:                                           | 8 | <input type="checkbox"/> Especificar: _____ |

3b. ¿En qué fecha ocurrió esta hospitalización?:   /   /

3c. ¿Cuál era el nombre del hospital?: \_\_\_\_\_ Facility code:

3d. ¿Cuál era la dirección de este hospital?: \_\_\_\_\_ ; Don't know 0

3e. ¿Fue admitido(a) a un hospital en alguna otra ocasión desde su visita a la clínica del estudio?

No 0     Go to item 4  
 Yes 1     Data saved and screen refreshes to 3a.

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |          |   |   |     |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|----------|---|---|-----|--|--|
| ID<br>NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE | Contact  | 0 | 1 | SEQ |  |  |
|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VERSION: A     | Occasion |   |   | #   |  |  |
|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9/21/08        |          |   |   |     |  |  |

4. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le vieron en una sala de emergencias pero no fue admitido(a) en el hospital?

- No 0  Go to item 5  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 5

4a. ¿Cuál fue la razón por la que fue a la sala de emergencias? (*do not read choices*)

- Infarto de miocardio, ataque al corazón 0   
 Angina de pecho, dolor de pecho 1   
 Insuficiencia cardiaca o falla cardiaca 2   
 Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio 3   
 Enfermedad vascular periférica 4   
 Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar 5   
 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 6   
 Asma 7   
 Otro 8  Especificar: \_\_\_\_\_

4b. ¿En qué fecha fue a la sala de emergencias?:  /  /

4c. ¿Cuál era el nombre de la sala de emergencias?: \_\_\_\_\_ Facility code:

4d. ¿Cuál era la dirección de la sala de emergencias?: \_\_\_\_\_ ; Don't know 0

4e. ¿Lo(a) vieron en una sala de emergencias en alguna otra ocasión desde su visita a la clínica del estudio?

- No 0  Go to item 5  
 Yes 1  Data saved and screen refreshes to 4a.

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |                     |   |   |          |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|
| ID<br>NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE<br>VERSION: A<br>9/21/08 | Contact<br>Occasion | 0 | 1 | SEQ<br># |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|

## OUT-PATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de condiciones que hayan motivado a que vaya a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero sin tener que ser admitido(a) en el hospital o sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde su visita a la clínica del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el doctor por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

No 0  Go to item 6  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 6

5a. ¿Ordenó su doctor o el profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para ayudar a diagnosticar la condición médica?

i. Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar:

No 0  Yes 1  Unsure 2

ii. Rayos X del pecho:

No 0  Yes 1  Unsure 2

iii. Tomografía computarizada de su pecho:

No 0  Yes 1  Unsure 2

5b. ¿Le dijo un doctor o un profesional de la salud que le estaba dando un ataque, que estaba empeorando o que se estaba agravando su enfisema, su enfermedad pulmonar obstructiva crónica o su bronquitis?

No 0  Go to item 6  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 6

i. ¿El doctor o el profesional de la salud le recetó un cambio en su medicamento, como el aumento de sus inhaladores, oxígeno o pastillas para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides para sus pulmones?

No 0  Yes 1  Unsure 2

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |                     |   |   |          |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|
| ID<br>NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE<br>VERSION: A<br>9/21/08 | Contact<br>Occasion | 0 | 1 | SEQ<br># |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|

6. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía asma?

- No 0  Go to item 7  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 7

6a. ¿Ordenó su doctor o el profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para ayudar a diagnosticar la condición médica?

i. Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar:

No 0  Yes 1  Unsure 2

ii. Rayos X del pecho:

No 0  Yes 1  Unsure 2

iii. Tomografía computarizada de su pecho:

No 0  Yes 1  Unsure 2

6b. ¿Le dijo el doctor o el profesional de la salud que le estaba dando un ataque, que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?

- No 0  Go to item 7  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 7

i. ¿El doctor o el profesional de la salud le recetó un cambio en su medicamento, como el aumento del uso de sus inhaladores, oxígeno o pastillas para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides para sus pulmones?

No 0  Yes 1  Unsure 2

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                  |   |   |       |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|------------------|---|---|-------|--|--|
| ID NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE | Contact Occasion | 0 | 1 | SEQ # |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VERSION: A     |                  |   |   |       |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9/21/08        |                  |   |   |       |  |  |

7. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía diabetes o azúcar alta en la sangre?

- No 0  Go to item 8  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 8

7a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 8  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 8

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Pastillas 0   
 Insulina solamente 1   
 Insulina y pastillas 2   
 Fue remitido(a) para un examen de la vista 3   
 Recomendación de hacer cambios en la dieta 4   
 Recomendación de dejar de fumar 5   
 Recomendación de hacer más ejercicios 6   
 Otro 7  Especificar: \_\_\_\_\_

8. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía presión sanguínea alta o hipertensión?

- No 0  Go to item 9  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 9

8a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 9  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 9

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0   
 Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente 1   
 Recomendación de bajar de peso 2   
 Recomendación de hacer cambios en la dieta 3   
 Recomendación de dejar de fumar 4   
 Recomendación de hacer más ejercicios 5   
 Otro 6  Especificar: \_\_\_\_\_

|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                |                  |   |   |       |  |  |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|------------------|---|---|-------|--|--|
| ID NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE | Contact Occasion | 0 | 1 | SEQ # |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | VERSION: A     |                  |   |   |       |  |  |
|            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9/21/08        |                  |   |   |       |  |  |

9. Desde su visita a la clínica del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía el colesterol alto?

- No 0  Go to item 10  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 10

9a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 10  
 Yes 1   
 Unsure 2  Go to item 10

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0   
 Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente 1   
 Recomendación de bajar de peso 2   
 Recomendación de hacer cambios en la dieta 3   
 Recomendación de dejar de fumar 4   
 Recomendación de hacer más ejercicios 5   
 Otro 6  Especificar:

## MEDICATIONS

*“Ahora me gustaría preguntarle acerca de los medicamentos con receta médica que toma actualmente. ¿Le puedo pedir que traiga al teléfono todos los medicamentos con receta médica que está tomando?”*

10. (do not ask) ¿Tiene el/la participante medicamentos que reportar?

- No 0  Skip item 11  
 Yes 1   
 Participant refused 2  Skip item 11

11. Por favor, lea los nombres de todos los medicamentos recetados por un doctor. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, inhaladores e inyecciones. Por favor, no incluya medicamentos de venta libre a no ser que hayan sido recetados por un doctor. (Si le preguntan qué queremos decir con “medicamentos que toma actualmente”, esto se refiere a los medicamentos que se han tomado en las dos últimas semanas.)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

|               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                         |                     |   |   |          |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|
| ID<br>NUMBER: |  |  |  |  |  |  |  |  |  | FORM CODE: AFE<br>VERSION: A<br>9/21/08 | Contact<br>Occasion | 0 | 1 | SEQ<br># |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------|---------------------|---|---|----------|--|--|

d. \_\_\_\_\_

*Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos. Si tuviera alguna pregunta, por favor llámenos a la clínica al (telephone number). Antes de colgar, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Me podría decir si la siguiente información que tengo sigue siendo correcta?*



**PARTICIPANT TRACKING**

12. Current tracking information from HCHS/SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| a. Participant Tracking: _____       | Changes: _____             |
| <i>Current data to be shown here</i> | <i>Record changes here</i> |

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| b. Contacts/proxies: _____           | Changes: _____             |
| <i>Current data to be shown here</i> | <i>Record changes here</i> |

|                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| c. Health care providers: _____      | Changes: _____             |
| <i>Current data to be shown here</i> | <i>Record changes here</i> |