

OMB#: 0925-0584  
Exp. XX/XXXX

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 45 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.



## HCHS/SOL Follow-up Interview Form Contact Year 3

ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE:  
AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /

0b. Staff ID:

**Instructions:** See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up form.

### INTRODUCTION

“Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (*interviewer name*), y estoy llamando para hablar con (*participant name*) para un seguimiento acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos, un estudio sobre la salud en el cual él/ella esta registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?”

No ———> ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? .....Gracias. Volveré a llamar.

Yes ———> Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, (*participant name*), mi nombre es (*interviewer name*) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos. Estoy llamando para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica que le hicimos y para actualizar nuestros registros del estudio. ¿Tiene unos minutos para hablar por teléfono?

No ———> ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente?.....Gracias. Volveré a llamar.

Yes ———> Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido desde que visitó nuestra clínica. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date of last follow up phone interview*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó el (*date of last follow up phone interview*) hasta el día de hoy.

### 1. Participant status:

- |                                  |                                                                   |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Contacted and alive              | 0 <input type="checkbox"/> Go to item 2 of this form              |
| Contacted and refused interview  | 1 <input type="checkbox"/> Go to <i>Contact tracking, item 32</i> |
| Not contacted, reported alive    | 2 <input type="checkbox"/> Go to <i>Contact tracking item 32</i>  |
| Not contacted, reported deceased | 3 <input type="checkbox"/> See Death investigation protocol       |
| Unknown                          | 4 <input type="checkbox"/> Go to <i>Contact tracking item 32</i>  |

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## GENERAL HEALTH

2. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 que le hicimos la última entrevista el (*date*).”

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 sobre la Salud de la Comunidad Hispana?

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

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

4. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## 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 la última entrevista telefónica que le hicimos 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 NUMBER:																				
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ #

--	--

6. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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

7. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía fibrilación atrial (del corazón)?

- No 0   
Yes 1   
Unsure 2

8. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un doctor o un profesional de la salud que tenía insuficiencia cardiaca o falla cardiaca?

- No 0   
Yes 1

ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

Unsure 2

10. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tenía un coágulo en alguna de las venas de sus piernas o en el pulmón para lo cual se usaron medicamentos para evitar que la sangre se coagule (para hacerla más fina)?

No 0

Yes 1

11. 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 12

Yes 1

Unsure 2  Go to item 12

11a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0  Go to item 12

Yes 1

Unsure 2  Go to item 12

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: \_\_\_\_\_

12. 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 13

Yes 1

Unsure 2  Go to item 13

12a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0  Go to item 13

Yes 1

Unsure 2  Go to item 13

i. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

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

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

- 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: \_\_\_\_\_

13. 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 14
- Yes 1
- Unsure 2  Go to item 14

13a. ¿Le recomendó el doctor algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 14
- Yes 1
- Unsure 2  Go to item 14

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  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## SELF REPORT OF SIGNS AND SYMPTOMS

*“Ahora quisiera preguntarle acerca de síntomas que puede haber tenido desde la última entrevista telefónica que le hicimos.”*

14. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿se le hinchan los pies o tobillos con frecuencia al final del día?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

15. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿hay ocasiones en que se despierta por la noche porque tiene dificultad para respirar?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

16. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿hay ocasiones en que tiene dificultad para respirar o le falta la respiración cuando camina a paso normal en un terreno nivelado?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

17. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿hay ocasiones en que se detiene para respirar cuando camina a su propio paso en un terreno nivelado?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

17a. ¿Alguna vez tiene que detenerse a respirar después de caminar alrededor de 100 yardas o 91 metros (o después de unos minutos) en un terreno nivelado?

No 0  
Yes 1  
Does not apply 2

18. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿hay ocasiones en que tiene dificultad para respirar cuando no está caminando o no está en actividad?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

19. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha tenido usted tos en la mayoría de los días o las noches de la semana por lo menos durante 3 meses seguidos?

ID NUMBER:										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

20. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿se le ha acumulado flema proveniente del pecho durante la mayoría de los días o noches de la semana por lo menos durante 3 meses seguidos?

No 0   
Yes 1   
Unsure 2

21. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha tenido ronquido o silbido en su pecho?

No 0  Go to item 22  
Yes 1   
Unsure 2  Go to item 22

21a. ¿Ha tenido un ataque de ronquido o silbido en su pecho que le ha hecho sentir que le faltaba la respiración?

Yes 0       No 1       Unsure 2

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
 VERSION: A  
 9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

**NEUROCOGNITIVE FUNCTION**

23. “Ahora le haré algunas preguntas y le voy a dar un par de actividades cortas que requerirán de su memoria y concentración. Primero, le voy a hacer algunas preguntas que requieren del uso de su memoria. Voy a decir tres palabras. Por favor, espere hasta que yo diga esas tres palabras. Después de eso, repítalas usted. Recuerde cuáles son, porque le voy a pedir que me las nombre de nuevo en unos minutos. Por favor, repítame estas palabras: AZUL – PERA – SOFÁ.”

23a. Number of presentations necessary for the participant to repeat the words:

- Presentation 0
- Presentations 1
- Presentations 2
- Incorrect 3
- Not Attempted/Disability 4
- Not Attempted/Refusal 5

	Correct (0)	Incorrect (1)	Not attempted (2)	Not attempted / Refused (3)
--	-------------	---------------	-------------------	-----------------------------

23b. ¿En qué año estamos?

23c. ¿En qué mes estamos?

23d. ¿Qué día de la semana es hoy?

23e. Ahora, ¿cuáles fueron esas tres palabras que le pedí que recordara?

i. Azul

ii. Pera

iii. Sofá

ID NUMBER:									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

--	--

24. “A continuación, voy a leer una lista de palabras. Quiero que escuche cuidadosamente y que trate de recordar las palabras a medida que las leo. Cuando me detenga, me gustaría que recordara tantas de las palabras como usted pueda. Puede que usted conozca algunas de las palabras con diferente nombre, pero quiero que trate de recordar las palabras exactas que yo diga. Usted no podrá acordarse de todas las palabras, así que simplemente haga lo más que pueda. No tiene que recordar las palabras en el mismo orden que yo las leo. Las palabras son...

After reading the list, say: *Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.*

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

Mark all words either **0 if recalled** or **1 if not recalled**.

Words                      a. (Trial 1)   b. (Trial 2)   c. (Trial 3)   Distracter   Words                      d. (Trial 5)

i. Repollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huevos	Repollo	<input type="checkbox"/>
ii. Cucharón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olla	Cucharón	<input type="checkbox"/>
iii. Café	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leche	Café	<input type="checkbox"/>
iv. Remolachas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cerezas	Remolachas	<input type="checkbox"/>
v. Diccionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tazón	Diccionario	<input type="checkbox"/>
vi. Cacao	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Queso	Cacao	<input type="checkbox"/>
vii. Frijoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lechuga	Frijoles	<input type="checkbox"/>
viii. Coladera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuchara	Coladera	<input type="checkbox"/>
ix. Naranjas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agua	Naranjas	<input type="checkbox"/>
x. Maíz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pescado	Maíz	<input type="checkbox"/>
xi. Periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pluma	Periódico	<input type="checkbox"/>
xii. Jugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durazno	Jugo	<input type="checkbox"/>
xiii. Espárrago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Galletas	Espárrago	<input type="checkbox"/>
xiv. Cacerola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Libreta	Cacerola	<input type="checkbox"/>
xv. Té	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cebollas	Té	<input type="checkbox"/>

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

(Trial 2)

*“Voy a leerle la lista de palabras de nuevo. Quiero que trate de recordar tantas de las palabras como pueda, incluyendo aquellas que recordó antes. Cuando me detenga, quiero que me diga tantas palabras como usted pueda recordar.”*

After reading the list say: *“Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.”*

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

(Trial 3)

*“Voy a leer las mismas palabras una vez más. Escuche cuidadosamente y cuando yo termine dígame tantas de las palabras como usted pueda recordar.”*

After reading the list say: *“Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.”*

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

**Distracter**

*“Ahora, voy a leer una lista diferente de palabras. Esta vez, quiero que repita cada palabra en voz alta después de que yo la lea.”*

(Trial 5) Immediately after the participant repeats the last word from the distracter list say: *“Ahora, quiero que me diga tantas de las palabras de la primera lista que yo le leí como usted pueda recordar.”*

Do not repeat the first list. After the participant's response, provide one prompt for additional words.

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

25. “En la siguiente actividad, voy a decir una letra. Luego, quiero que me diga tantas palabras que sean diferentes como usted pueda imaginarse y que comiencen con esa letra. Usted puede decirme palabras en español o en inglés en tanto sean palabras diferentes. Excluya los nombres de personas, los nombres de lugares y los números. Por lo tanto, si yo dijera "T," usted no podría decir palabras como 'Tomás', 'Texas' o el número 'Tres'. Pero sí puede decir palabras como 'tabla', 'tomar' o 'tortuga'.”.

“Tampoco use la misma palabra otra vez con diferente final. Por ejemplo, si usted dice ‘tomar’, entonces no puede decir ‘toma’ o ‘tomando’. Todas ellas se considerarían como la misma palabra.”

“¿Está listo(a)?” Pause

Allow one minute for each letter (F and A).

(If the participant discontinues before the end of the minute, encourage him/her to try to think of more words. If there is a silence of 15 seconds, repeat the basic instructions and the letter. Inadmissible words include proper nouns, variations, plurals, and repetitions)

25a. “Dígame tantas palabras como pueda que comiencen con la letra F. Yo le diré cuándo puede detenerse. Listo, empiece.” (Begin timing)

Record the number of words:

--	--

25b. “Eso estuvo muy bien. Ahora, dígame tantas palabras como pueda que comiencen con la letra A. Yo le diré cuándo puede detenerse. Listo, empiece.” (Begin timing)

Record the number of words:

--	--

ID NUMBER:									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## 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?”*

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

- No                      0  Skip to item 28  
 Yes                      1   
 Participant refused 2  Skip to item 28

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

*“A continuación, quisiera preguntarle acerca de su uso regular de aspirina. Al decir uso regular, me refiero a tomar aspirina un día sí, un día no, o de manera más frecuente.”*

28. ¿Está usted tomando aspirina AHORA o está tomando un medicamento que contenga aspirina, en forma regular? Esto NO incluye Tylenol o Advil o Motrin, ibuprofeno.

- No                      0  Skip to item 29  
 Yes                      1   
 Participant refused 2  Skip to item 29

28a. ¿Qué dosis toma?

- 81 mg de aspirina al día                      0   
 325 mg de aspirina al día                      1   
 Otra                                                      2  Especificar: \_\_\_\_\_

ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## OTHER ITEMS

*“A continuación, quisiera hacerle unas últimas preguntas.”*

29. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación actual con respecto al fumar?

- |                                                        |   |                          |                   |
|--------------------------------------------------------|---|--------------------------|-------------------|
| Nunca ha fumado                                        | 0 | <input type="checkbox"/> | (Skip to item 31) |
| Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace más de 1 año   | 1 | <input type="checkbox"/> |                   |
| Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace menos de 1 año | 2 | <input type="checkbox"/> |                   |
| Fuma actualmente                                       | 3 | <input type="checkbox"/> |                   |
| No sabe                                                | 4 | <input type="checkbox"/> |                   |

30. Ha fumado cigarrillos durante los últimos 30 días?

- |                     |   |                          |                 |
|---------------------|---|--------------------------|-----------------|
| No                  | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to item 31 |
| Yes                 | 1 | <input type="checkbox"/> |                 |
| Participant refused | 2 | <input type="checkbox"/> | Skip to item 31 |

30a. En promedio, ¿cómo cuántos cigarrillos fuma al día?

31. Por favor, dígame, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor su estado civil?

- |                       |   |                          |
|-----------------------|---|--------------------------|
| Casado(a)             | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Viudo(a)              | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a)         | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Separado(a)           | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Soltero(a)            | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Convive con su pareja | 5 | <input type="checkbox"/> |

*“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?”*





ID NUMBER:										
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE: AFE  
VERSION: A  
9/21/08

Contact  
Occasio  
n

0	1
---	---

SEQ  
#

--	--

## PARTICIPANT TRACKING

32. 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>