

OMB#: 0925-0584
Exp. XX/XXXX

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 30 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 Informant Interview

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: IIE VERSION: A 10/20/2008	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: The informant interview form is completed for each informant for an eligible death as determined by the HCHS/SOL event investigation worksheet.

<p>Decedent's name: _____</p> <p>Date of death: <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/> / <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Age at death: <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Place of death: _____</p>	<p>Informant name: _____</p>
---	------------------------------

“Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (interviewer’s name) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos. Estoy llamando acerca de la participación de (name of decedent) en este estudio que trata sobre la salud y en el cual él/ella estuvo registrado(a). Yo quisiera darle mi más sentido pésame por su pérdida. Tenemos entendido que usted ha sido identificado(a) como la persona que pudiera ayudarnos a finalizar la documentación de (decedent name). Necesito hacerle unas cuantas preguntas acerca de las circunstancias que llevaron a la muerte de (name). ¿Sería este un momento conveniente para hablar?”

No —————> ¿Cuándo sería conveniente que volviera a llamar?

Yes —————> Gracias. Si tiene alguna pregunta, por favor, hágamelos saber.

1. “Antes de empezar, ¿me podría decir cuál era su parentesco o relación con el/la fallecido(a)?” (La persona entrevistada tenía el siguiente parentesco o relación con el/la fallecido(a)...))

- Esposo(a) 0
- Hijo(a) 1
- Padre o madre 2
- Amigo(a) 3
- Compañero(a) de trabajo 4
- Otro pariente 5 Especificar: _____
- Otro 6 Especificar: _____

ID NUMBER:										FORM CODE: IIE VERSION: A 10/20/08	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	---	---	-------	--	--

“Ahora, quisiera preguntarle acerca de las circunstancias sobre el historial médico de (insert decedent’s name).”

2. “Por favor, hábleme acerca de la salud en general de él/ella, de su salud el día en que falleció y acerca del fallecimiento en sí.”

Record a brief synopsis of the events surrounding the death as related by the informant:

“Puede que algunas de las preguntas restantes repitan la información que ya obtuvimos, pero nos ayuda a preguntarle estas cosas específicamente.”

3. ¿Dónde estaba (insert decedent name) cuando falleció?

- En su casa 0
- En su trabajo 1
- En un edificio público 2
- En un autobús o transporte público 3
- En un auto 4
- En un asilo 5
- En una sala de emergencias 6
- En una ambulancia 7
- En un hospital 8
- Otro 9
- Lugar desconocido 10

3a. ¿Estaba alguien presente cuando él/ella falleció?

- No 0
- Yes 1
- Unknown 2

3b. Si él/ella falleció en su hogar, ¿se le encontró:

- En la cama 0
- En una silla 1
- En el piso 2
- Otro lugar 3 Especificar: _____
- Unknown 4

4. ¿Estaba alguien lo suficientemente cerca para oír a (insert decedent’s name) si él/ella hubiera pedido ayuda?

No 0
Yes 1
Unknown 2

5. ¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que se supo que (insert decedent's name) estaba vivo(a) hasta que se le encontró muerto(a)?

Menos de 5 minutos 0
De 5 minutos a 1 hora 1
De 1 a 24 horas 2
Más de 24 horas 3
No se sabe 4

6. Por favor, dígame quién estuvo presente. (check all that apply)

Yo mismo(a) 0 (skip to question 8)
Persona(s) encargada(s) de la atención médica 1
Otra(s) persona(s) 2

7. ¿Cuándo fue la última vez que vio a (insert decedent's name) antes de su muerte?

Menos de 5 minutos 0
De 5 minutos a 1 hora 1
De 1 a 24 horas 2
Más de 24 horas 3
No se sabe 4

HISTORY

Las siguientes preguntas se refieren al historial médico de (insert decedent's name).

8. ¿Estaba él/ella limitado(a) a quedarse en casa o a salir de la casa solamente con ayuda o con mucho esfuerzo, o no estaba él/ella limitado(a) en realizar sus actividades?

Limitado(a) a quedarse en casa 0
Podía salir solamente con ayuda o con mucho esfuerzo 1
No estaba limitado(a) 2

9. ¿Fue él/ella hospitalizado(a) dentro de las cuatro semanas antes de su muerte?

No 0 Skip to question 13
Yes 1
Unknown 2 Skip to question 13

10. ¿Cuál fue la razón por la que fue hospitalizado(a)? (select all that apply)

- | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------|
| Ataque al corazón o enfermedad del corazón | 0 | <input type="checkbox"/> | |
| Derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Cirugía del corazón | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| Procedimiento quirúrgico (aparte del corazón) | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 4 | <input type="checkbox"/> | |
| Pulmonía | 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Infección | 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Otra condición | 7 | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Se desconoce | 8 | <input type="checkbox"/> | |

11. ¿En qué fecha ocurrió esta hospitalización?

/ /

12. ¿Cuál era el nombre del hospital y dónde estaba localizado?

13. ¿Vio un doctor a (insert decedent's name) en una sala de emergencias o en alguna otra instalación en las últimas cuatro semanas antes de su muerte?

- | | | | |
|---------|---|--------------------------|---------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 15 |
| Yes | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Unknown | 2 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 15 |

13a. ¿Cuál fue la razón por la que él/ella fue a la sala de emergencias o al consultorio del doctor? (select all that apply)

- | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------|
| Ataque al corazón o enfermedad del corazón | 0 | <input type="checkbox"/> | |
| Derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Cirugía del corazón | 2 | <input type="checkbox"/> | |
| Procedimiento quirúrgico (aparte del corazón) | 3 | <input type="checkbox"/> | |
| Enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 4 | <input type="checkbox"/> | |
| Pulmonía | 5 | <input type="checkbox"/> | |
| Infección | 6 | <input type="checkbox"/> | |
| Otra condición | 7 | <input type="checkbox"/> | Especificar: _____ |
| Se desconoce | 8 | <input type="checkbox"/> | |

14. ¿Cuál era el nombre y la dirección de este médico o de la sala de emergencias?

SYMPTOMS

“La siguiente serie de preguntas tiene que ver específicamente con síntomas graves como dolor o malestar que (insert decedent’s name) haya tenido al momento de su muerte.”

15. ¿Sintió el/ella dolor, molestia o presión en el pecho, el brazo izquierdo o la mandíbula?

- No 0 Skip to question 22
- Yes 1
- Unknown 2 Skip to question 22

16. ¿Se concentró este dolor, molestia o presión específicamente en el pecho?

- No 0
- Yes 1
- Unknown 2

16a. ¿Alguna vez tomó (insert decedent’s name) nitroglicerina para este dolor?

- No 0
- Yes 1
- Unknown 2

17. ¿Fueron estos nuevos síntomas o habían ocurrido anteriormente?

- Nuevos síntomas 0 Skip to question 22
- Síntomas anteriores 1
- Unknown 2

18. ¿Duraban más los síntomas o se hacían más frecuentes?

- No 0
- Yes 1
- Unknown 2

19. ¿Se hacían cada vez más graves estos síntomas?

- No 0
- Yes 1
- Unknown 2

****If No or Unknown to Questions 18 and 19, skip to Question 21****

20. ¿Durante qué periodo de tiempo se sintieron estos síntomas por más tiempo, con más frecuencia o con más gravedad?

- Días 0
- Semanas 1
- Meses 2
- Se desconoce 3

21. ¿Sintió él/ella falta de respiración?

No	0	<input type="checkbox"/>	Skip to item 22
Yes	1	<input type="checkbox"/>	
Unknown	2	<input type="checkbox"/>	Skip to item 22

21a. ¿Sintió él/ella falta de respiración mientras descansaba?

No	0	<input type="checkbox"/>
Yes	1	<input type="checkbox"/>
Unknown	2	<input type="checkbox"/>

22. “Disculpe si esta pregunta suena insensible o si lo(a) hace sentirse incómodo(a). Permítame asegurarle que respetamos sus sentimientos acerca de este infortunado incidente. ¿Cuánto tiempo pasó desde que (insert decedent’s name) sintió los últimos síntomas hasta que dejó de respirar por sí mismo(a)”

Menos de 5 minutos	0	<input type="checkbox"/>
Menos de 1 hora	1	<input type="checkbox"/>
Menos de 24 horas	2	<input type="checkbox"/>
Más de 24 horas	3	<input type="checkbox"/>
Se desconoce	4	<input type="checkbox"/>

EMERGENCY MEDICAL CARE

“Las siguientes preguntas tratan sobre la atención médica de emergencia que (insert decedent’s name) pueda haber recibido antes de morir o al momento de morir. Puede que usted ya haya dado esta información en alguna respuesta a una pregunta anterior. Debido a que es importante obtener información específica con respecto a la atención médica de emergencia, espero que no le importe que estas preguntas sean repetitivas.”

23. ¿Llamaron a un médico, ambulancia u otro personal de emergencia médica?

No	0	<input type="checkbox"/>	Skip to question 24
Yes	1	<input type="checkbox"/>	
Unknown	2	<input type="checkbox"/>	Skip to question 24

23a. ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezaron los últimos síntomas hasta que llamaron para solicitar atención médica?

5 minutos o menos	0	<input type="checkbox"/>
10 minutos o menos	1	<input type="checkbox"/>
1 hora o menos	2	<input type="checkbox"/>
6 horas o menos	3	<input type="checkbox"/>
24 horas o menos	4	<input type="checkbox"/>
Más de 24 horas	5	<input type="checkbox"/>
Se desconoce	6	<input type="checkbox"/>

23b. ¿Cuánto tiempo pasó desde que llamaron para solicitar atención médica hasta el momento en que llegaron?

- | | | |
|--------------------|---|--------------------------|
| 5 minutos o menos | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 10 minutos o menos | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 1 hora o menos | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 6 horas o menos | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 24 horas o menos | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Más de 24 horas | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Se desconoce | 6 | <input type="checkbox"/> |

24. ¿Se intentaron medidas de resucitación como resucitación cardiopulmonar (CPR)?

- | | | | |
|---------|---|--------------------------|---------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 25 |
| Yes | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Unknown | 2 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 25 |

24a. ¿Quién inició el CPR o la resucitación?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Persona que estaba de paso | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Médico | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Personal de ambulancia | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Bombero o policía | 3 | <input type="checkbox"/> |
| La persona que contesta estas preguntas | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Otro | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Se desconoce | 6 | <input type="checkbox"/> |

25. ¿Llevaron a (insert decedent's name) al hospital, sala de emergencias o alguna otra instalación de atención médica de emergencia?

- | | | |
|---------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Yes | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Unknown | 2 | <input type="checkbox"/> |

26. ¿Hay alguna otra persona con la que podríamos comunicarnos quien pudiera darnos información adicional acerca de las circunstancias sobre la muerte de (insert decedent's name) o su condición general de la salud?

- | | | | |
|---------|---|--------------------------|------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to Closing Script |
| Yes | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Unknown | 2 | <input type="checkbox"/> | Skip to Closing Script |

27. ¿Cómo está relacionado(a) él/ella con el/la fallecido(a)?

- Esposo(a) 0
- Hijo(a) 1
- Padre o madre 2
- Amigo(a) 3
- Compañero(a) de trabajo 4
- Otro pariente 5 Especificar: _____
- Otro 6 Especificar: _____

28. ¿Cuál es el nombre y la dirección de esta persona?

CLOSING SCRIPT

“Muchas gracias por su ayuda en este estudio. ¿Tiene alguna pregunta? Nuevamente, gracias por su ayuda.”

RELIABILITY

(To be completed after the interview)

29. En base a estas preguntas, por favor, díganos cómo clasificaría la veracidad de la entrevista.

- Buena 0
- Regular 1
- Mala 2