

ATTACHMENT E: BASELINE MEASURES FOR MAIN STUDY (A-CASI)

Form Approved

OMB No. 0920-0761

Exp. Date 01/31/2011

Respondent No. _____

Public Reporting burden of this collection of information is estimated at 16 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 CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NW, MS D-24, Atlanta, GA 30333; Attn: PRA (0920-0761).

A. Quality of Life: SF-12 Health Survey (Ware, Kisinski, & Keller, 1996)

Please see SF-12[®] in Attachment G available in hardcopy only.

B. Disability

1. During the 30 days from { date from 30 days before baseline interview to baseline interview }, about how many days did you miss work because of an illness or injury (do not include maternity leave)? If patient delays answer, audio cues for patient to give best guess.

- ___ days
- ___ Don't remember
- ___ Don't work outside the house

2. During the 30 days from { date from 30 days before baseline interview to baseline interview }, about how many days were you unable to do your housework tasks because of an illness or injury (do not include maternity leave)?

- ___ days
- ___ Don't remember

C. Current signs or symptoms

Are you frequently bothered by any of the following problems?		
1. Arthritis or pain, aching, stiffness, or swelling in or around a joint (knee, elbow, hip, fingers, etc.)	YES	NO
2. Neck pain or low back pain	YES	NO

NO

3. Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?

YES

NO

F. Demographics

One final question so we know a little bit of the background of those who have participated in our study.

What is the highest grade in school or year of college that you have completed? Would you say...

Less than high school

completed high school /GED

Trade school/vocational program after high school

some college but without degree

2-year college graduate

4-year college graduate

Graduate degree

Other

Don't Know/Refused

SPANISH VERSION

A. Quality of Life- please see Attachment G (hardcopy)

B. Disability

La siguiente pregunta es acerca de su capacidad para trabajar.
Esto puede incluir cualquier trabajo temporal y por horas que usted pudo haber
tenido en las últimas 4 semanas.
Durante las últimas 4 semanas,

1. ¿Ha tenido usted un trabajo fuera de su hogar?
Por favor piense en las últimas 4 semanas hasta hoy...

¿usted faltó días al trabajo porque estuvo enferma o herida?
¿Cómo cuántos días faltó al trabajo?

Todavía pensando en las últimas 4 semanas hasta hoy...

2. ¿Fue usted incapaz de hacer sus actividades de la familia o del hogar porque
estuvo enferma o herida?

No incluya la licencia por maternidad.
¿Cómo cuántos días fue usted incapaz de hacer sus actividades de la familia o del
hogar porque estuvo enferma o herida?

No incluya la licencia por maternidad.

C. Current signs or symptoms

Las próximas preguntas son acerca de los problemas físicos que usted pudo
haber tenido recientemente.
Le molesta frecuentemente...

1. ¿la artritis o dolor persistente, tiesura, o hinchazón en o alrededor de una
coyuntura?

Por ejemplo, su rodilla, codo, cadera, o dedos.
Le molesta frecuentemente...

2. ¿el dolor de cuello o de la parte baja de la espalda?
Le molesta frecuentemente...

3. ¿el dolor de estómago o abdominal?
Le molesta frecuentemente...

4. ¿los cólicos menstruales u otros problemas con la menstruación?
Le molesta frecuentemente...

5. ¿el dolor o los problemas durante las relaciones sexuales?
Le molesta frecuentemente...

6. ¿el sangrado vaginal que no es normal?
Le molestan frecuentemente...

7. ¿las infecciones o secreciones vaginales?
Le molestan frecuentemente...

8. ¿los dolores de cabeza o las migrañas?
Le molesta frecuentemente...

9. ¿la náusea, el gas, o la indigestión?
Le molesta frecuentemente...

10. ¿el estreñimiento?
Le molesta frecuentemente...

11. ¿el vómito o la diarrea?
Le molesta frecuentemente...

12. ¿la dificultad para dormirse o mantenerse dormida en 3 o más noches a la semana?

D. Health Care Utilization outside Bureau

Las próximas preguntas son acerca de la asistencia médica que usted ha tenido durante los últimos 12 meses.

1. Durante los últimos 12 meses, ¿ha ido usted a una sala de emergencia **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

If YES → Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo usted en una sala de emergencia **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

____ number

¿Fueron algunas de estas visitas a la sala de emergencia por una herida Como una cortada, una quemadura, un hueso roto, o sangrado por la nariz o boca?

2. Durante los últimos 12 meses, ¿se ha quedado por lo menos 1 noche en un hospital **aparte del** hospital de Stroger o Rush?

If YES → Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces estuvo

hospitalizada en un hospital **aparte del** hospital de Stroger o Rush?
___ number

E. Partner Violence Screen (only in arm 1)

Las próximas 3 preguntas son acerca de sus experiencias con la violencia de pareja. La violencia es un problema para muchas mujeres. Porque afecta la salud de ellas, nosotros le estamos preguntando a nuestras pacientes acerca de esto. Sus respuestas no serán compartidas con otros a menos que usted elija compartirlas.

1. ¿Usted ha sido golpeada, pateada, bofetada, o lastimada de alguna otra manera por una pareja íntima durante el último año?
 2. ¿Se siente usted segura en su relación actual?
- ¿Hay una pareja de una relación anterior que le está haciendo sentir insegura ahora?