

Household ID # _____

Estudio de la Vivienda Ecológica



Cuestionario de Pesquisa

El tiempo que toma completar este cuestionario se estima en unos 10 minutos, esto incluye el tiempo que toma revisar las instrucciones, investigar las fuentes de la información, recoger y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de la información. Las agencias no pueden realizar o patrocinar la recolección de información, y las personas no están obligadas a proporcionar información, a menos que el formulario tenga un número de control OMB válido, no vencido. Envíe comentarios acerca del tiempo estimado para completar este cuestionario o acerca de cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo a: CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-XXXX).

Green Housing Study
Screening Questionnaire

Household ID # _____

1. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____ (mm/dd/aa)

Si la madre es menor de 16 años, **PARE**. Esta casa no es elegible.

2. ¿Cuántos niños con asma entre las edades de 7 a 12 años tiene usted? _____

Si la respuesta a la Pregunta 2 es **Cero (0)**, **PARE – no es elegible**.

Si la respuesta a la Pregunta 2 es ≥ 1 pregunte:

¿Cuántos niños/as con asma entre las edades de 7 a 12 (años) reúnen **todos** los siguientes criterios?

- a. Que un doctor o profesional de la salud haya dicho alguna vez que tuvo asma.
- b. Niño/a que tuvo síntomas de asma en los últimos 6 meses.
- c. Niño/a que no tenga algún padecimiento médico que le cause dificultades para participar en este estudio? (Ejemplos: fibrosis quística, parálisis cerebral).
- d. Niño/a que duerma en esta dirección 7 noches por semana, en promedio.

2.1 Por favor anote el número de niño/as _____

Si la respuesta a la pregunta 2.1 es **Uno (1)**, entonces el/la niño/a es elegible, si la respuesta es **más de 1**, entonces el niño/a **más joven** (y que esté dispuesto/a) es elegible. (Por favor anote a continuación la información del niño/a elegible).

2.1.1 ¿Cuál es la fecha de nacimiento del niño/a? _____/_____/_____ (mm/dd/aa)

2.1.2 ¿Es una niña o un niño? (marque una con un círculo) Niña Niño

SI ESTA CASA ES ELEGIBLE, POR FAVOR RECOJA LA INFORMACIÓN DE CONTACTO Y COMPLETE EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO (y EL FORMULARIO DE ASENTIMIENTO, SI SE APLICA)

Información de Contacto

Fecha _____/_____/_____ (mm/dd/aa)

Iniciales del Entrevistador (máx. 3): _____

Código del sitio del estudio: _____ (si no hay un código disponible, escriba el nombre del complejo de viviendas)

NOMBRE DE LA MADRE/CUIDADOR/A PRINCIPAL:

Nombre	Apellido	ID del estudio (madre/cuidador/a principal)
--------	----------	---

NOMBRE DEL NIÑO/A CON ASMA ENROLADO (EDAD 7-12 AÑOS):

Nombre	Apellido	ID del estudio (Niño con asma 7-12)
--------	----------	-------------------------------------

¿Cuál es su relación con {nombre del niño/niña}?

- a. Madre (BIOLÓGICA)
- b. Madre (ADOPTIVA/DE CRIANZA)
- c. Madre (MADRASTRA)
- d. Padre (BIOLÓGICO)
- e. Padre (ADOPTIVO/DE CRIANZA)
- f. Padre (PADRASTRO)
- g. Abuela
- h. Tía
- i. Tío
- j. Abuelo
- k. Otro pariente
- l. Sin relación familiar

DIRECCIÓN DE LA CASA:

(Calle) (Apartamento # o Unidad #)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Longitud _____ Latitud _____

Número telefónico: () _____ Número telefónico: () _____
(Marque uno con un círculo*) H - C - W - O H - C - W - O

*H=casa; C=cel.; W=trabajo; O=otro

Correo electrónico (email): _____

Por favor dígame los nombres y números telefónicos de dos personas que sepan cómo comunicarse con usted.

(DIGA: Necesitamos esta información SOLAMENTE si ya hemos intentado llamarle varias veces para programar sus citas).

1. Nombre del contacto alternativo #1: _____
Nombre Apellido

Relación (Marque una con un círculo):

Padre/madre Hermano/a Otro pariente Amigo/a Compañero/a de trabajo Esposo/a o Pareja Otro

Número telefónico: () _____ Número telefónico: () _____
(Marque una con un círculo*) H - C - W - O H - C - W - O

2. Nombre del contacto alternativo #2: _____
Nombre Apellido

Relación (Marque una con un círculo):

Padre/madre Hermano/a Otro pariente Amigo/a Compañero/a de trabajo Esposo/a o Pareja Otro

Número telefónico: () _____ Número telefónico: () _____

Green Housing Study
Screening Questionnaire

(Marque una con un círculo*)

H - C - W - O

Household ID # _____
H - C - W - O