



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 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.

OMB#: 0925-0584  
Exp. xx/xx/xxxx

## HCHS/SOL Visit 2 Participant Disability Screening Form

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"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: PDS  
VERSION: 1, 06/03/2014

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy): //

0b. Staff ID:

**Instructions:** This disability screening form must be completed after informed consent administration and before the participant has their *Segunda Examen*. Positive responses to Questions 1 – 6 should be noted on the Exam Itinerary Checklist for routing purposes during the visit.

**Introductory Script for staff:** Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre problemas que pudiera tener al realizar actividades normales del diario vivir (vida diaria).

### A. Estatus de discapacidad

1. ¿Tiene Ud. sordera o mucha dificultad para escuchar (oír)?

No 0

Yes 1

2. ¿Tiene Ud. ceguera o mucha dificultad para ver, aun cuando usa lentes (espejuelos, gafas)?

No 0

Yes 1

3. ¿Tiene Ud. problemas serios para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional?

No 0

Yes 1

4. ¿Tiene Ud. dificultad severa para caminar o subir escaleras?

No 0

Yes 1

5. ¿Tiene Ud. dificultad para caminar media milla (aproximadamente 1 kilómetro)?

No 0

Yes 1

6. ¿Tiene Ud. dificultad para subir 10 escalones?

No 0

Yes 1

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

FORM CODE: PDS  
VERSION: 1, 6/03/2014

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

7. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse (por su propia cuenta)?

No 0

Yes 1

8. ¿Tiene Ud. problemas serios para hacer diligencias, como ir a la oficina del médico o de compras por su cuenta, debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional?

No 0

Yes 1