



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 15 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

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

HCHS/SOL Formulario de Entrevista de Seguimiento Año 7 al año 11 de Contacto

ID NUMBER:	<input type="text"/>	FORM CODE: FS7 VERSION: 1, 1/17/2014	Contact Occasion	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	---	------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

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 (SOL), un estudio sobre la salud en el cual él/ella está registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?

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

Sí → 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 (SOL). 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.

Sí → Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido durante el último año. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que le hicimos la entrevista telefónica el (*date of last follow-up call*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó desde el (*date of last follow-up call*) hasta el día de hoy.

A. [GHS section for data entry screens begins here]

1. Participant status (choose one):

- Participant contacted and alive, agrees to interview 1 Go to Question 2
- Participant contacted and refused interview 2 Go to *Contact tracking*, Question 38
- Designated respondent contacted, reported alive 3 Go to *Hospitalizations*, Question 3
- Other respondent contacted, reported alive 4 Go to *Contact tracking*, Question 38
- Not contacted, reported deceased 5 Continue to 1a, below
- Unknown 9 Go to *Contact tracking*, Question 38

1.a. ¿Cuál es la fecha del fallecimiento? / /

1.b. ¿Dónde falleció; me puede decir la ciudad, el estado y el país? _____

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

1.c. ¿Usted sabe si (*insert decedent's name*) fue hospitalizado o visitó una sala de emergencia por alguna razón desde (*date of last time interviewed*) y/o antes de fallecer?

- No 0 End interview
 Sí 1 Record date and name of each hospitalization and/or ER visit. End interview after last event is reported

GENERAL HEALTH

2. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿diría usted que, en general, su salud es...?
 Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

[HOS section for data entry screens begins here]

B. HOSPITALIZED AND EMERGENCY ROOM EVENTS

*“La siguiente serie de preguntas trata sobre hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia en alguna ocasión desde su última entrevista telefónica el (*date*)”. [This section will repeat depending upon number of admissions.]*

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha sido admitido(a) a un hospital o ha visitado una sala de emergencia en alguna ocasión?

- No 0 Go to Question 5
 Sí 1
 Unsure 9 Go to Question 5

*“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empecemos por identificar la primera que ocurrió desde la última entrevista telefónica del SOL el día (*date*)”*

4. ¿Fue esta visita a la sala de emergencia solamente, o fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital solamente, o fue una visita a la sala de emergencia que resultó en que sea admitido(a) al hospital?

- Sala de Emergencia (only) 1
 Admisión al Hospital (only) 2
 Ambas 3
 Unsure 9

4.a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual fue (*insert emergency room or hospital*) ese día?
[check one and 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 cardíaca o falla cardíaca | 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: Especificar: _____ | 8 | <input type="checkbox"/> |

4.b. ¿Me puede decir la fecha en la que ocurrió esta hospitalización o visita a la sala de emergencia? / /

4.c. ¿Cómo se llama el hospital?: _____

4.d. ¿Cuál es la dirección de este hospital?: _____ [leave blank if unknow]

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

4.e. ¿Bajo qué nombre está su ficha?

4.e.1 Primer nombre: _____

4.e.2 Segundo nombre: _____

4.e.3 Apellido paterno: _____

4.e.4 Apellido materno: _____

4.f. ¿Fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital o visitó una sala de emergencia en alguna otra ocasión desde la última entrevista telefónica del estudio?

No 0 Go to Question 5

Sí 1 (Line entry saved, screen refreshes to a new series at Question 4)

[OPS section for data entry screens begins here]

C. 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) al hospital y sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

No 0 Go to Question 6

Sí 1

Unsure 9 Go to Question 6

¿Ordenó su médico u profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

5.a. ¿Prueba respiratoria o prueba de función pulmonar?

No 0 Sí 1 Unsure 9

5.b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

5.c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

5.d. ¿Le dijo un médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica, o estaba empeorando? No

0 Go to Question 6

Sí 1

Unsure 9 Go to Question 6

5.e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento de la dosis o frecuencia de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0 Sí 1 Unsure 9

For Females ONLY- Reported Pregnancies

6. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos en (*date*), ¿ha estado o está encinta (embarazada)? No 0 Go to Question 14
Sí 1

7. ¿Está embarazada en este momento? No 0 Go to Question 8 Sí 1

7.a. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene? _____

7.b. If currently pregnancy AND more than 20 weeks: ¿ha tenido alguna de estas enfermedades o complicaciones durante este embarazo?

7.b.1 ¿Alta presión arterial o hipertensión?

No 0 →Go to Question 8
Sí 1
Unsure 9 →Go to Question 8

7.b.1.i. ¿Tenía alta presión arterial o hipertensión antes de este embarazo?

No 0
Sí 1

7.b.2 ¿Preeclampsia or toxemia?

No 0 →Skip Questions 7d, 7d1, 7d2, 7d3
Sí 1
Unsure 9 →Skip Questions 7d, 7d1, 7d2, 7d3

7.b.3 ¿Diabetes?

No 0 →Go to Question 8
Sí 1
Unsure 9 →Go to Question 8

7.b.3.i. ¿Tomó medicamentos para controlar sus niveles de azúcar durante su embarazo?

No 0
Sí, solamente pastillas 1
Sí, solamente insulina 2
Sí, pastillas e insulina 3

7.b.3.ii. ¿Tenía diabetes antes de este embarazo?

No 0 Sí 1 Unsure 9

7.c. ¿Ha recibido cuidado médico prenatal para este embarazo?

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

7.d. Si contestó Sí a la preeclampsia, eclampsia o diabetes gestacional, Y si recibió cuidado prenatal, Entonces, ¿Cuál es la clínica o facilidad en la cual recibió los servicios de cuidado prenatal? _____

7.d.1 Dirección de la clínica o facilidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

7.d.2 ¿Cuál es el nombre del médico o proveedor de salud que la atendió en su cuidado prenatal? _____

7.d.3 Para clarificación de nuestros registros, ¿qué nombre utilizó cuando recibió los servicios de salud?

7.d.3.i. Primer Nombre _____

7.d.3.ii. Segundo Nombre _____

7.d.3.iii. Apellido paterno _____

7.d.3.iv. Apellido Materno _____

8. Excluyendo embarazos presentes, ¿cuántas veces ha estado embarazada desde el último contacto del estudio?

cantidad de embarazos

FOR EACH PREGNANCY SINCE LAST TELEPHONE / STUDY VISIT:

9. ¿Cuál es la fecha en la cual terminó este embarazo? //
(MM/DD/YYYY)

10. ¿Cómo terminó este embarazo?

Nacimiento vivo vaginal

Nacimiento vivo cesárea

Parto de feto no vivo

Aborto inducido

Aborto natural

Embarazo ectópico

} Go to Question 16

11. ¿Cuántos meses o semanas de embarazo tenía cuando terminó el embarazo o nacieron el (los) bebé(s)?

meses

semanas

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

11.a. Un parto prematuro es uno que ocurre a las 36 semanas de embarazo o antes. Hasta dónde usted sabe, ¿tuvo usted un parto prematuro?

- No 0
Sí 1
Unsure 9

12. ¿Dónde dio a luz?

- En un hospital
En un centro de parto
En su casa o en algún otro lugar **Go to Question 13**

12.a. ¿Cuál es el nombre de la facilidad donde dio a luz?

12.b. ¿Cuál es la dirección de la facilidad donde dio a luz?

ciudad: _____ Estado: _____ código postal: _____

12.c. Para clarificación de nuestros registros, ¿qué nombre utilizó cuando dio a luz?

12.c.1 Primer Nombre _____

12.c.2 Segundo Nombre _____

12.c.3 Apellido paterno _____

12.c.4 Apellido Materno _____

13. How much weight did you gain during this pregnancy? lbs **OR** kgs

END of questions for women only

ALL PARTICIPANTS

14. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma?

- No 0 Go to Question 19
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 19

15. ¿Ordenó su médico u otro profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

15.a. ¿Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

15.b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

15.c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

15.d. ¿Le dijo el médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de asma o que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?

No 0 Go to Question 7
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 7

15.e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento del uso de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0 Sí 1 Unsure 9

16. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?

No 0 Go to Question 8
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 8

16.a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0 Go to Question 8
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 8

16.b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

Píldoras 0
Insulina solamente 1
Insulina y píldoras 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 Especificar: _____ 7

17. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0 Go to Question 9
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 9

17.a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to Question 9
 Sí 1
 Unsure 9 Go to Question 9

17.b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
 Aumentar la dosis de alguno de los
 medicamentos que toma actualmente 1
 Bajar de peso 2
 Hacer cambios en la dieta 3
 Dejar de fumar 4
 Hacer más ejercicios 5
 Otro-> Especificar:_____ 6

18. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?

- No 0 Go to Question 10
 Sí 1
 Unsure 9 Go to Question 10

18.a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to Question 10
 Sí 1
 Unsure 9 Go to Question 10

18.b. ¿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 Especificar_____ 6

[EVS section for data entry screens begins here]

D. SELF REPORT OF EVENTS

“Ahora me gustaría preguntarle qué síntomas puede haber tenido desde Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date)”.

19. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía fibrilación auricular?

No 0 Sí 1 Unsure 9

20. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía insuficiencia cardíaca o fallo cardíaco?

No 0 Sí 1 Unsure 9

21. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía coágulos sanguíneos en una vena de la pierna o pulmón que necesitaba un medicamento anticoagulante?

No 0 Sí 1 Unsure 9

22. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido, con frecuencia, hinchazón en los pies o tobillos al final del día?

No 0 Sí 1 Unsure 9

23. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿se despierta en ocasiones por la noche porque tiene dificultad para respirar?

No 0 Sí 1 Unsure 9

24. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando camina apresurado(a) sobre en suelo llano o subiendo una pequeña cuesta/colina?

No 0 Sí 1 Unsure 9

25. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su ritmo normal sobre un suelo llano?

No 0 Sí 1 Unsure 9

26. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad?

No 0 Sí 1 Unsure 9

27. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido usted tos durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?

No 0 Sí 1 Unsure 9

28. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha subido flema del pecho durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?

No 0 Sí 1 Unsure 9

29. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido ruidos silbantes en el pecho?

No 0 Go to Question 21
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 21

29.a. ¿Ha tenido algún ataque con ruidos silbantes en el pecho, que le haya hecho sentir falta de aire?

No 0 Sí 1 Unsure 9

30. Desde su última entrevista en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted padece de apnea del sueño?

No 0 Go to Question 22
Sí 1
Unsure 9 Go to Question 22

30.a. ¿Le han tratado la apnea de alguna de las siguientes maneras? (marque todo lo que corresponda)

- Cirugía
- Uso de un aparato dental mientras duerme (un dispositivo que se pone en la boca por la noche que abre la mandíbula)
- Uso de oxígeno mientras duerme
- Un máquina de presión como el dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP por sus siglas en inglés) o la máquina de presión positiva a dos niveles en la vía aérea (BILEVEL)

31. En la actualidad, ¿con qué frecuencia ronca?

Nunca 1
Raramente (1-2 noches a la semana) 2
A veces (3-5 noches a la semana) 3
Siempre o casi siempre (6-7 noches a la semana) 4
No sabe 9

[MES section for data entry screens begins here]

E. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

32. De los medicamentos que usted ha tomado durante las **últimas cuatro semanas**, ¿fueron algunos para:

32.a. Asma No 0 Sí 1 Unknown 9

32.a.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?
 < 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.b. Bronquitis crónica o enfisema No 0 Sí 1 Unknown 9

32.b.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?
 < 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.c. Azúcar alta en la sangre o diabetes No 0 Sí 1 Unknown 9

32.c.1 c1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?
 < 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.d. Alta presión sanguínea o hipertensión

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.d.1 d1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.e. Alto colesterol en la sangre

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.e.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.f. Dolor en el pecho o angina

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.f.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.g. Ritmo cardíaco anormal

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.g.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.h. Falla cardíaca

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.h.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.i. Para hacer su sangre más líquida

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.i.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.j. Embolia cerebral o derrame cerebral

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.j.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés)

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.k.1 k1. ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.l.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.m. Depresión

No 0 Sí 1 Unknown 9

32.m.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

32.n. Ansiedad No 0 Sí 1 Unknown 9

32.n.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.o. Glaucoma No 0 Sí 1 Unknown 9

32.o.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

32.p. Enfermedad del Tiroides No 0 Sí 1 Unknown 9

32.p.1 ¿Por cuánto tiempo a estado tomando este medicamento?

< 1 año, 1-5 años, > 5 años

33. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algún tipo de aspirina o productos que contengan aspirina, incluyendo Alka-Seltzer, medicamento para la gripe o alergia, o medicamento en polvo para el dolor de cabeza? Esto **no** incluye el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol), ibuprofeno (por ejemplo, Advil, Motrin o Nuprin) y naproxeno (por ejemplo, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

No 0 → **GO TO QUESTION 37**
Sí 1
Desconocido 9 → **GO TO QUESTION 37**

34. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tomó usted aspirina o un medicamento que contenga aspirina?

Número de días If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 5**

35. Con qué propósito está tomando usted aspirina? (*Interviewer: Do NOT read choices to participant.*)

Participant mentioned "para evitar ataque al corazón o embolia" 1

Participant did not mention "para evitar ataque al corazón o embolia" 2

36. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algunos [otros] medicamentos que fueron para la artritis, la fiebre, los dolores musculares o los calambres? (*Read bracketed "other" unless no medications were reported.*)

No 0

Sí 1

Desconocido 9

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

37. **Sin** incluir la aspirina, el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol) y corticosteroides (por ejemplo, la prednisona), ¿está usted tomando AHORA algún otro antiinflamatorio o medicamento para la artritis en forma regular? Ejemplos comunes se muestran en esta lista.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

No	0	<input type="checkbox"/>
Sí	1	<input type="checkbox"/>
Desconocido	9	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el SOL. Ahora, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día.

G. PARTICIPANT TRACKING [CIS section for data entry screens begins here.]

Interviewer: Current tracking information from HCHS/SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

“Es sumamente importante para este estudio que en el futuro podamos comunicarnos con usted. Entendemos que usted dio su información de contacto en su visita al centro, pero para mantener nuestros archivos al día necesitamos confirmar su información actual. Toda información que usted nos provea se mantendrá en estricta confidencialidad y no será compartida con ninguna otra persona o entidad.”

38. Current home address*

38.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

38.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

38.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

38.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

38.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

38.C.2. **Street Name**

38.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

38.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

38.D.1. Unit Type

--	--	--	--

38.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

38.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

38.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

38.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

38.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

38.G.1. County

38.H.1. State

--	--

38.I.1. Country/Territory *(Select code from list)*

--	--

38.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

About how long have you lived at this address? Since...

38.K.1. Year

--	--	--	--

38.K.2. Month

--	--

IF UNKNOWN, ENTER 99

38.K.3. Day

--	--

IF UNKNOWN, ENTER 99

*IF THE PARTICIPANT LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 38.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 38.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 38.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 38.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 38.E.1.

39. Primary Phone Number: +

--	--	--	--

 (Country Code)

--	--	--

 (Area Code)

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

1.a. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

40. What is the best time of day to reach you at this number?

Morning 1
Afternoon 2
Evening 3

ID NUMBER:

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

SEQ #

0 1

41. Secondary Phone Number: + () -
(Country Code) (Area Code)

1.b. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

42. What is the best time of day to reach you at this number?

Morning 1
Afternoon 2
Evening 3

43. Email address 1:

1.c. Email address 2:

44. How do you prefer to receive information from us? (select only one)

Regular Mail 1
Electronic mail (email) 2
Social Media (Facebook and Twitter) 4
In Person at time of clinic visit 5
Text messages 6
Other 7

Specify: _____

Local Contact 1

45. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Second Name: _____

d. Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

46. Relationship: _____

1.d. is this ARE contact? No 0 Yes 1

47. Current home address of primary contact*

47.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

47.B.1. Street Number Prefix

47.B.2. Street Number

47.B.3. Street Number Suffix

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

47.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

47.C.2. **Street Name**

47.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

47.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

47.D.1. Unit Type

--	--	--	--

47.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

47.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

47.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

47.E.1. Other

47.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

47.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

47.H.1. State

--	--

47.I.1. Country/Territory *(Select code from list)*

--	--

47.J.1. Zip Code

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

*IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 47.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 47.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 47.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 47.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 47.E.1.

48. Telephone: +

--	--	--	--

 (

--	--	--

)

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

(Country Code) (Area Code) number

1.e. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

ID NUMBER:

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

SEQ #

0 1

49. Email address 1:

1.f. Email address 2:

Local Contact 2

50. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

51. Relationship: _____

1.g. is this ARE contact? No Yes

52. Current home address of secondary contact*

52.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

52.B.1. Street Number Prefix

52.B.2. **Street Number**

52.B.3. Street Number Suffix

52.C.1. Street Name Prefix

52.C.2. **Street Name**

52.C.3. **Street Name Type**

52.C.4. Street Name Suffix

52.D.1. Unit Type

52.D.2. Unit Type Identifier

52.D.3. Unit Subtype

52.D.4. Unit Subtype Identifier

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

52.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

52.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

52.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

52.H.1. State

--	--

52.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

52.J.1. Zip Code

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

53. Telephone: +

--	--	--	--

 (Country Code) (

--	--	--

) (Area Code)

--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

 number

1.h. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

54. Email address 1:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.i. Email address 2:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 52.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 52.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 52.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 52.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 52.E.1.

Local Contact 3

55. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

56. Relationship: _____

1.j. is this ARE contact? No 0 Yes 1

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

57. Current home address of third contact*

57.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

57.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

57.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

57.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

57.C.2. **Street Name**

57.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

57.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

57.D.1. Unit Type

--	--	--	--

57.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

57.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

57.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

57.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57.F.1. City

57.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

57.H.1. State

--	--

57.I.1. Country/Territory *(Select code from list)*

--	--

57.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

ID NUMBER:

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact Occasion

SEQ #

58. Telephone: + (Country Code) ((Area Code) -

58.a. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

59. Email address 1:

59.a. Email address 2:

*IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 57.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 57.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 57.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 57.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 57.E.1.

G. About Health Insurance

60. ¿Tiene seguro médico o cobertura médica?

- No 0 **GO TO QUESTION 65**
 Sí 1
 Se negó a responder 8 **GO TO QUESTION 65**
 No sabe o no está seguro(a) 9 **GO TO QUESTION 65**

61. ¿Está ACTUALMENTE cubierto(a) mediante cualquiera de los siguientes tipos de seguros médicos o cubiertas? Puede seleccionar más de una alternativa. (Mark "Yes" or "No" for EACH type of coverage in items a – h).

- | | Yes | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Seguro médico a través de su patrono (empleador) actual o patrono anterior o unión laboral (o patrono del cónyuge, pareja u otro familiar) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguros (por Ud. o un pariente) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Medicare, para personas que tienen 65 años o más, o con ciertas discapacidades | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Medicaid, Medi-Cal, o cualquier otro plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o discapacidades | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. VA (incluyendo aquellos que alguna vez hayan utilizado o se hayan inscrito en servicios de salud de la Administración de Veteranos) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. TRICARE, CHAMPUS u otro plan de servicios de salud militar | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Indian Health Service (Servicio de Salud para los Indígenas) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Cualquier otro tipo de seguro médico o cobertura (Especifique _____) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Se negó a responder | 8 <input type="checkbox"/> | |
| j. No sabe o no está seguro(a) | 9 <input type="checkbox"/> | |

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

62. La ley de la reforma de salud (popularmente conocida como “Obamacare”) ha establecido nuevos mercados de seguros médicos federales y estatales (también llamados intercambios) donde personas no aseguradas y empleados de empresas pequeñas pueden comprar seguro médico. ¿Ha adquirido cubierta a través de alguno de estos mercados: Covered California; nystateofhealth; HealthCare.gov; CuidadodeSalud.gov?

- No 0
- Sí 1
- Se negó a responder 8
- No sabe o no está seguro(a) 9

63. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido cubierta para gastos médicos a través de Medicaid de Emergencia?

- No 0
- Sí 1
- Se negó a responder 8
- No sabe o no está seguro(a) 9

64. Un plan de cobertura catastrófica cubre 3 visitas médicas al año, y solo cubre servicios médicos después que un individuo pague miles de dólares (por ejemplo, los primeros \$6,000 o más en gastos médicos). ¿Ha comprado un plan de cobertura catastrófica?

- No 0
- Sí 1
- Se negó a responder 8
- No sabe o no está seguro(a) 9

65. ¿Cuánto tiempo ha estado sin seguro o cobertura médica?

- 6 meses o menos 1
- Más de 6 meses, pero menos de 1 año 2
- Más de 1 año, pero menos de 3 3
- Más de 3 años 4
- Nunca ha tenido seguro o cobertura 5
- Se negó a responder 8
- No sabe o no está seguro(a) 9

66. ¿Cuáles son las razones principales por las que actualmente no tiene seguro médico? Seleccione todas las que apliquen.

- a. Muy caro; el costo es muy alto
- b. No es elegible para cobertura a través del patrono (empleador)
- c. Su patrono o empleador (o el patrono del cónyuge, pareja u otro familiar) no ofrece seguro médico
- d. Se le negó seguro médico debido a una condición pre-existente

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

- e. No es elegible para Medicaid/Medi-Cal o recientemente perdió la cobertura a través de Medicaid/Medi-Cal
- f. Ha perdido la capacidad de obtener seguro médico mediante el cónyuge, pareja u otro familiar
- g. No es elegible para crédito fiscal anticipado para la prima ("premium tax credits") u otros créditos de impuestos
- h. No es elegible debido al estatus de su ciudadanía
- i. Cree que no necesita seguro
- j. No sabe cómo solicitar seguro médico
- k. Otro (Especifique:)
- l. No sabe o no está seguro(a)
- m. Se negó a responder

67. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido cubierta para gastos médicos a través de Medicaid de Emergencia?

- No 0
- Sí 1
- Se negó a responder 8
- No sabe o no está seguro(a) 9

H. ABOUT PLACE OF BIRTH AND CITIZENSHIP STATUS

Estas preguntas son de carácter sensible, y algunos participantes no querrán responderlas. Se les debe asegurar a los participantes que tienen la libertad de no responder a ninguna de ellas, y que dicha decisión no afectará su participación en el estudio o los referidos a servicios médicos que han recibido. A aquellos participantes que respondan a las preguntas se les debe asegurar que sus respuestas serán bloqueadas y no se divulgarán al público.

68. ¿Dónde nació?

- a. En los EE.UU., especifique el estado _____
- b. Fuera de los EE.UU.; especifique el país, ciudad, provincial, estado, pueblo _____

69. ¿Es ciudadano(a) de los Estados Unidos?

- a. Sí, nació en los EE.UU.
- b. Sí, nació en Puerto Rico, Guam, las Islas Vírgenes o las Islas Marianas del Norte
- c. Sí, nació en el extranjero de padre o madre que son ciudadanos de los EE.UU.
- d. Sí, es ciudadano(a) por naturalización (Especifique año: ____)
- e. No, no es ciudadano de los EE.UU.
- f. Se negó a responder
- g. No sabe o no está seguro(a)

70. Si respondió "No" a la pregunta anterior, ¿Cuál de las siguientes describe mejor su situación?

- a. Tiene la tarjeta de residente permanente ("Green Card")
- b. Ha solicitado la Tarjeta Verde ("Green Card")

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

FORM CODE: FS7
VERSION: 1, 1/17/2014

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

0	1
---	---

- c. Tiene otro tipo de visa (Especifique: _____)
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Se negó a responder
- f. No sabe o no está seguro(a)

H. END OF THIS PORTION OF THE CALL

“Muchas gracias por contestar todas estas preguntas sobre su salud. Nos gustaría mantenernos en contacto con usted; nos estaremos comunicando con usted el año que viene”

Location Codes for Questions 45, 49, 56, 60, 64

01	Afghanistan	25	France	49	Norway
02	Anguilla	26	Germany	50	Pakistan
03	Antigua and Barbuda	27	Great Britain	51	Panama
04	Argentina	28	Greece	52	Paraguay
05	Aruba	29	Guam	53	Peru
06	Australia	30	Guatemala	54	Philippines
07	Austria	31	Haiti	55	Poland
08	Bangladesh	32	Holland	56	Portugal
09	Belgium	33	Honduras	57	Puerto Rico
10	Belize	34	Hungary	58	Russia
11	Bolivia	35	India	59	South Africa
12	Brazil	36	Indonesia	60	Spain
13	Canada	37	Iran	61	Sweden
14	Chile	38	Iraq	62	Switzerland
15	China	39	Ireland	63	United States
16	Colombia	40	Israel	64	Uruguay
17	Costa Rica	41	Italy	65	Venezuela
18	Cuba	42	Japan	66	Virgin Islands
19	Czech Republic	43	Korea	67	Other
20	Denmark	44	Lebanon	99	Unknown/refused
21	Dominican Republic	45	Malaya		
22	Ecuador	46	Mexico		
23	El Salvador	47	New Zealand		
24	Finland	48	Nicaragua		