



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 05 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- Personal Identifiers

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FORM CODE: IDS	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
								VERSION: 1, 10/11/2013	0	2				

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / / 0b. Staff ID:

Month Day Year

Instructions: Complete this form for each eligible participant. All responses are important to complete fully, including the contacts. Use location codes at end for coding address.

Voy a preguntarle su nombre completo, su dirección y su número de teléfono. Por favor, recuerde que toda de la información que nos da es confidencial y solamente el personal certificado de HCHS/SOL tendrá acceso a esta información.

A. Identifying Information

- 1 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____
- c. Segundo Nombre: _____
- d. Apellido Paterno: _____
- e. Apellido Materno: _____
- f. Extensión o sufijo al apellido: _____

Como parte de la información confidencial que recopilamos de los participantes del HCHS/SOL le pedimos su número de seguro social. Por favor, revise la declaración sobre la divulgación de información personal a medida que se la lea. La declaración explica las razones por las que le estamos pidiendo su número de seguro social y que el darnos este número es voluntario de su parte.

Declaración sobre la divulgación de información personal: Le estamos pidiendo su número de seguro social porque los datos de este estudio se relacionarán con los datos que dan los proveedores de cuidados de la salud sólo con propósitos de realizar estudios sobre la salud. Esta información se mantendrá en forma confidencial de acuerdo a la Ley de Privacidad de 1974 y se usará solamente con propósitos de realizar estudios sobre la salud. El dar esta información al *Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos* es completamente voluntario de su parte, pero es sumamente importante para los propósitos de este estudio.

(Interviewer: After reading the Disclosure Statement, ask participant if he/she has any questions)

- 2 ¿Tiene usted un número de Seguro Social?
- No 0 **Go to Question 3**
- Sí 1
- Don't know/Not sure 2 **Go to Question 3**
- Refused 9 **Go to Question 3**

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: IDS
VERSION: 1, 10/11/2013

Contact Occasion

0	2
---	---

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

4.E.1. Other

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

4.F.1. City

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

4.G.1. County

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

4.H.1. State

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

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

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

4.J.1. Zip Code

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

5 ¿Cuánto tiempo ha vivido usted en esta dirección? Desde ...

5.A.1. Año

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

5.B.2. Mes

IF UNKNOWN, ENTER 99

5.C.3. Día

IF UNKNOWN, ENTER 99

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

*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 4.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 4.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 4.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 4.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 4.E.1.

6 Número de teléfono principal: () -

6.a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

7 ¿Cuál es la mejor hora del día para llamarlo(a) a este número?

Mañana 1

Tarde 2

Noche 3

8 Número de teléfono alternativo: () -

8.a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

9 ¿Cuál es la mejor hora del día para llamarlo(a) a este número?

Mañana 1

Tarde 2

Noche 3

ID NUMBER:

0 2

SEQ #

10 Email-1:

10.a. Email- 2:

11 ¿Cómo usted prefiere recibir la información que le enviamos? (select only one)

- Correo Regular 1
- Correo electrónico (email) 2
- Redes Sociales (Facebook and Twitter) 4
- En persona al momento de la visita al centro 5
- Mensaje de Texto 6
- Otro 7

Especifique: _____

C. Local Contact 1

12 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

13 Relación: _____

13.a. ¿Es este un contacto Alterno designado? No 0 Sí 1

14 Current home address of primary contact*

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

14.B.1. Street Number Prefix

14.B.2. **Street Number**

14.B.3. Street Number Suffix

14.C.1. Street Name Prefix

14.C.2. **Street Name**

14.C.3. **Street Name Type**

ID NUMBER:

FORM CODE: IDS
VERSION: 1, 10/11/2013

Contact
Occasion

0 2

SEQ #

14.C.4. Street Name Suffix

14.D.1. Unit Type

14.D.2. Unit Type Identifier

14.D.3. Unit Subtype

14.D.4. Unit Subtype Identifier

14.E.1. Other

14.F.1. City

14.G.1. County

14.H.1. State

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

14.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 14.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 14.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 14.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 14.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 14.E.1.

15 Teléfono: () -

15.a. Este número es: Celular Número de la Casa

16 Email-1:

16.a. Email- 2:

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

0	2
---	---

SEQ #

--	--

D. Local Contact 2

17 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

18 Relación: _____

18.a. ¿Es este un contacto Alternativo designado? No Sí

19 Current home address of secondary contact*

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

19.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

19.B.2. **Street Number**

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

19.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

19.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

19.C.2. **Street Name**

19.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

19.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

19.D.1. Unit Type

--	--	--	--

19.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

19.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

19.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

19.E.1. Other

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

19.F.1. City

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

ID NUMBER:

FORM CODE: IDS
VERSION: 1, 10/11/2013

Contact
Occasion

0 2

SEQ #

24.B.2. **Street Number**

24.B.3. Street Number Suffix

24.C.1. Street Name Prefix

24.C.2. **Street Name**

24.C.3. **Street Name Type**

24.C.4. Street Name Suffix

24.D.1. Unit Type

24.D.2. Unit Type Identifier

24.D.3. Unit Subtype

24.D.4. Unit Subtype Identifier

24.E.1. Other

24.F.1. City

24.G.1. County

24.H.1. State

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

24.J.1. Zip Code

-

25 Teléfono: () -

25.a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

26 Email-1:

26.a. Email- 2:

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

FORM CODE: IDS
VERSION: 1, 10/11/2013

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #		
-------	--	--

*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 24.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 24.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 24.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 24.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 24.E.1.

Location Codes for Question 4.I.1, 14.I.1, 19.I.1, and 24.I.1

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