**Appendix F**

**OAHM Client Impact Evaluation Interview**

**Older Adults Home Modification Program**

**Client Impact Evaluation Interview[[1]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Study ID** | **Visit** |  | **Today’s Date**(mm/dd/yyyy) | **Form Completed By:**  |
| **Site ID** | **Field Team ID** | **Client ID** |  | **Name** | **Job Title**  |
|  |  |  | ☐ Baseline☐ Follow-Up |  |  |  | *(dropdown menu: OT, OTA, CAPS, other [Specify])* |

**N.° de control de OMB 2528-XXXX, fecha de expiración XX/XX/2024. Este formulario fue diseñado para proporcionar al HUD información sobre la eficacia de su Programa de Subvenciones para Modificaciones de Hogares para Adultos Mayores. La información que proporcione es voluntaria. Su casa puede ser inscrita en el programa sin importar si usted decide participar o no. Se calcula que la carga de informes públicos para la recopilación de esta información es de 20 minutos por respuesta. Es posible que el HUD no recopile esta información y no es necesario que complete este formulario, a menos que muestre un número de control OMB válido actualmente**

*Grantee Guidance: Conduct this interview* ***only with the client you have enrolled in the OAHM Program, i.e., the beneficiary receiving direct services from your program who has been identified as the client by the licensed occupational therapist (OT), a licensed OT Assistant (OTA), or a Certified Aging-in-Place Specialist (CAPS) whose work is overseen by a licensed OT.*** *Make sure this client’s information has been correctly entered into Item 9 of the Client Eligibility Documentation Form. For each question, do not give “not answered” as an answer choice. Instead, gently probe for answers and only record “not answered” as a last resort.*

**Section A. INFORMED CONSENT**

|  |
| --- |
| **Estamos evaluando el programa de modificación del hogar para adultos mayores del HUD para ver si podemos mejorarlo para satisfacer mejor las necesidades de clientes como usted. Quisiera leerle este formulario.** *Show the client the informed consent***. Este formulario habla sobre la evaluación y cómo usted puede ayudar. Si acuerda participar en la evaluación, deberá firmar este formulario. Luego, le haré algunas preguntas acerca de su salud y actividades.** **Participar de esta evaluación es voluntario. Puede optar por no participar en la evaluación y todavía recibir los servicios de modificaciones para el hogar del programa.** |
| *Go over the Consent Form*A.1 Did the client consent and sign the Form? ☐ Yes ☐ No *If A.1=Yes:* **“Ahora, le haré preguntas acerca de su salud y actividades. Algunas podrían parecer repetitivas. Debemos hacer las mismas preguntas de formas levemente diferentes para comparar nuestra información con los datos nacionales y regionales”.** *Go to Section B.**If A.1=No:* **“Lamento que haya decidido no participar en la evaluación. Gracias por haberse reunido conmigo hoy”.** *End interview and complete Section B of the lost-to-project form, checking the box “Client declined to sign the Informed Consent.”**REDCap: Include a button to upload scan of signed informed consent to this form.* |

**Section B: Sociodemographic Questions** *Ask these questions only at the baseline visit*

|  |  |
| --- | --- |
| B.1 ¿Hace cuánto tiempo que vive en este hogar? *Enter number between 0 and 100 or enter -1 if not answered (REDCap: Allow decimal places)* |  Years |
| B.1a Pensando en sus años futuros, ¿es más probable que se mude a una comunidad diferente, se mude a una residencia diferente dentro de su comunidad actual o se quede en su residencia actual y nunca se mude? *Check only one*(AARP Q5, 2020) | ☐ Mudarse a una comunidad diferente☐ Mudarse a una residencia diferente dentro de su comunidad actualy☐ Permanecer en su residencia actual y no mudarse nunca☐ Not sure☐ Not answered |
| B.1b¿Qué tan importante es para usted permanecer en su comunidad actual durante el mayor tiempo posible? (AARP Q8, 2020) | ☐ Extremadamente importante☐ Muy importante☐ Algo importante☐ No muy importante☐ Nada importante☐ Not sure☐ Not answered |
| B.1c¿Qué tan importante es para usted poder vivir independientemente en su propio hogar a medida que envejece? (Q11, 2020) | ☐ Extremadamente importante/☐ Muy importante☐ Algo importante☐ No muy importante☐ Nada importante☐ Not sure☐ Not answered |
| B.2 ¿Cuál es su género?  | *List answer here*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ Not answered |
| B.3¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Se pueden seleccionar una o más categorías) *Hand client Answer Card B1.* *One or more categories may be selected*(Medicare HOS, 2020 Q58) | ☐ No soy de origen hispano, latino o español☐ Sí, mexicano, mexicano americano, chicano☐ Sí, puertorriqueño☐ Sí, cubano☐ Sí, otro grupo de origen hispano, latino o español☐ Not answered |
| B.4 ¿Cuál es su raza? (Se pueden seleccionar una o más categorías)*Hand client answer card B2. One or more categories may be selected* (Medicare HOS, 2020, Q59) | ☐ Blanca☐ Negra o africana americana☐ India americana o nativa de Alaska☐ India asiática☐ China☐ Filipina☐ Japonesa☐ Coreana ☐ Vietnamita☐ Otro grupo asiático ☐ Nativa de Hawái ☐ Guameña o chamorro☐ Samoana☐ Otra isla del Pacífico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Not answered |
| B.5 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó en la escuela? *Check one box* | ☐ Menos de 12 años ☐ Graduado de la secundaria o GED☐ Universidad o escuela de oficios sin terminar ☐ Título de asociado ☐ Título de Licenciatura ☐ Título de Maestría ☐ Doctorado u otro título profesional ☐ No respondió  |
| B.6 ¿Quién vive con usted en este hogar? | *REDCap: The following instruction applies to all answer choices except “No one else, Professional Caregiver, or Not Answered”: For each person checked, open the “# ≥62\_\_\_\_” box to record the number of people in that category who are 62 or older.*☐ Nadie más, vivo solo☐ Niño(s) (hijo/a) cantidad ≥62\_\_\_☐ Cónyuge cantidad ≥62\_\_\_☐ Padres cantidad ≥62\_\_\_☐ Nieto(s) cantidad ≥62\_\_\_☐ Otros parientes cantidad ≥62\_\_\_☐ Amigo(s) cantidad ≥62\_\_\_☐ Cuidador profesional ☐ Not answered |

**Section C. HEALTH AND UNPLANNED HEALTHCARE USE**

*Do not provide “not answered” as an answer choice. Please gently try to obtain answers for all questions.*

|  |  |
| --- | --- |
| C.1 En general, comparado con otras personas de su edad, ¿diría que su salu(Medicare HOS Q40): d es: | ☐ Excelente?☐ Muy buena?☐ /Buena?☐ Regular?☐ Mala?☐ Not answered |
| C.2 ¿Qué servicios de cuidados de la salud basados en el hogar recibe actualmente? *Check all that apply* | ☐ Visitas al hogar de un terapeuta ocupacional☐ Visitas al hogar de un fisioterapeuta☐ Visitas al hogar de un enfermero☐ Visitas al hogar de otro proveedor de atención médica ☐ Ninguno☐ Not answered  |
| C.3 ¿Cuáles son algunos de los problemas médicos por los que actualmente ve a un doctor? *Do not read answer choices to the client. Check all that the client mentions.*([CDC](https://www.cdc.gov/aging/data/infographic/subjective-cognitive-decline.html)) | ☐ Artritis☐ Diabetes☐ Cáncer ☐ Cardiopatías☐ Dificultad para pensar o recordar las cosas *Explain this refers to cognition issues; for example, confusion or memory loss that is happening more often or getting worse, such as forgetting how to do things you’ve always done or forgetting things that you would normally know how to do.* ☐ EPOC u otro problema respiratorio crónico☐ Problemas de la visión *(Open this dropdown list if vision box is checked:* Client’s wording for vision issue: ☐ ciego☐ legalmente ciego☐ visión limitada☐ poca visión☐ parcialmente ciegoOther (Specify):☐ Problemas de audición*(Open this dropdown list if hearing box is checked:* Client’s wording for hearing issue: ☐ problemas de audición☐ pérdida de la audición☐ sordo☐ parcialmente sordo☐ Other (Specify):☐ Problemas del habla*(Open this dropdown list if hearing box is checked:* Client’s wording for hearing issue: ☐ tartamudez☐ tartamudo☐ dificultad para hablar o conversar☐ problemas de la voz☐ Other (Specify):☐ Problemas crónicos en las piernas o pies☐ Otros problemas médicos (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ None ☐ Not answered  |
| C.4¿Cuánto interfirió el dolor con su trabajo norma *Hand client answer Card C and explain the scale, i.e., 1=does not interfere, 10=interferes completely*  | Answer *(between 0 and 10)*: \_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | **Siempre** | **Frecuentemente** | **A veces** | **Rara vez** | **Nunca** | **No respondió** |
| C.5 Con qué frecuencia utiliza lo siguiente: |  |  |  |  |  |  |
| C.5a Una silla de ruedas para moverse dentro de su casa o su propiedad. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| C.5a Un caminador para moverse dentro de su casa o su propiedad. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| C.5a Un bastón para moverse dentro de su casa o su propiedad. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **“La siguiente serie de preguntas trata sobre eventos médicos importantes que hayan ocurrido entre el *[REDCap: insert date 12 months prior to baseline or follow-up visit date]* y el *[REDCap: provide date of baseline or follow-up visit]*.** ***Sección C.6\_1: Detalles de la PRIMERA cita o llamada de atención médica no planificada. Complete este cuadro Si C.6 = Sí y C.6a≥1, hasta un valor de 4. Reemplace “primera” con “segunda”, “tercera” y “cuarta”, según corresponda)* Los eventos médicos importantes son lesiones o enfermedades que ocurren inesperadamente y son lo suficientemente graves como para necesitar algún tipo de atención médica inmediata y no planificada. La atención médica no planificada puede incluir llamar al 911, al departamento de bomberos o a los servicios de ambulancia; o asistir a una sala de emergencias o centro de atención de urgencias”.**  |
| C.6 En el último año, ¿ha tenido un evento médico importante que requirió que llame o tenga que ir para recibir atención médica no planificada?  | ☐ No *(Go to Section D)*☐ Si ☐ Not answered *(Go to Section D)* |
| C.6.a. ¿Cuántas veces llamó o fue para recibir atención médica no planificada en el último año?  | ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 veces o más☐ Not answered *(Go to Section D)* |
| *Section C.6\_1: Details of the FIRST unplanned medical care call or visit. Complete this block If C.6=Yes and C.6a≥1, up to a value of 4. Replace “first” with “second,” “third,” and “fourth,” as appropriate* |
| C.6\_1. ¿En su *[FIRST]* evento médico importante no planificado llegaron a su hogar los servicios médicos de emergencia?  | ☐ Si☐ No☐ Not answered  |
| C.6\_2. ¿En su *[FIRST]* evento médico importante no planificado FUE a la sala de emergencias o centro de atención de urgencias? *Check all that apply. For example, if the resident went to the urgent care and was then sent to ER, check both.* *If the client went to their primary care physician who treated them and sent them home, check “neither.”* | ☐ Sala de emergencias ☐ Centro de atención de urgencias ☐ Ninguno *(If C.6a>1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)*☐ Not answered  |
| C.6\_2a. ¿Cuál fue el motivo para esta *[FIRST]* visita no planificada a la sala de emergencias o centro de atención de urgencias? *Check all that apply.* | ☐ Caída. ¿La caída ocurrió en el hogar o alrededor de la propiedad? ☐ Sí ☐ No☐ Lesión. ¿La lesión ocurrió en el hogar o alrededor de la propiedad? ☐ Sí ☐ No☐ Accidente cerebrovascular o ataque cardíaco☐ Ataque de asma o evento respiratorio☐ Shock diabético o evento relacionado con azúcar en sangre☐ Motivo no mencionado anteriormente ESPECIFICAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_☐ Not answered  |
| C.6\_2b. ¿Pasó al menos una noche en el hospital a causa de su *[FIRST]* visita no planificada? | ☐ Sí ☐ No *(If C.6a>1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)*☐ Not answered *(If C.6a>1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)* |
| C.6\_2c. ¿Cuántas noches pasó en el hospital como resultado de su *[FIRST]* visita no planificada? *Enter # of nights between 1 and 250 or enter -1 if not answered. If the person gives their answer in months, convert to nights using a conversion factor of 30.42 days/month.* |   |
| C.6\_2d. Cuando salió del hospital, ¿tuvo que quedarse en algún otro lugar que no fuera su hogar actual (como ser: en casa de un familiar, centro de rehabilitación, hogar de cuidados) para recuperarse antes de volver a su hogar? | ☐ Sí ☐ No (*Vaya a la Sección C.6\_2e)*☐ Not answered  |
| C.6\_2d.i. ¿Dónde se quedó durante su recuperación? | ☐ Hogar de cuidados ☐ Centro de rehabilitación ☐ En casa de un amigo o familiar *(If C.6a>1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)*☐ En otra ubicación no mencionada anteriormente Especificar: \_\_\_☐ Not answered *(If C.6a>1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)* |
| C.6\_2d.ii. ¿Cuántas noches se quedó allí? *Enter # of nights between 0 and 250 or enter -1 if not answered. If the person gives their answer in months, convert to nights using a conversion factor of 30.42 days/month. REDCap: List an error message if they say 0 nights* |   |
| C.6\_2e. ¿Cuánto le preocupaba tener que volver a su hogar después de este evento médico importante?  | ☐ Extremadamente preocupado☐ Muy preocupado☐ Algo preocupado☐ No muy preocupado☐ No preocupado en absoluto☐ No respondió |

**Section D: EuroQOL (**[**EQ-5D-3L**](https://eq-5d-tablet-pda-demo.euroqol.org/usa/demo.cfm?device=desktop&app=3)**, USA [English] ©1998 EuroQol Group EQ-5D™ is a trademark of the EuroQol Group)**

*Hand the participant PAGE 1 of the laminated version of EQ-5D-3L.* **“Las siguientes son algunas preguntas para que responda. Colocando una marca o señalando un recuadro en cada grupo en el papel, indique las afirmaciones que describan mejor su estado de salud hoy. Luego, devuélvame el papel”.** *Each time the person tells you or points to an answer, record it below. Only one answer is permitted per question.*

|  |  |
| --- | --- |
| D.1. Movilidad | ☐ No tengo problemas para desplazarme caminando ☐ Tengo algunos problemas para desplazarme caminando☐ Estoy confinado en una cama |
| D.2. Autocuidado | ☐ No tengo problemas para cuidar de mí mismo☐ Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.☐ No puedo lavarme o vestirme por mí mismo |
| D.3. Actividades habituales (como ser, trabajar, estudiar, quehaceres domésticos, familia o actividades de esparcimiento)  | ☐ No tengo problemas para realizar mis actividades habituales☐ Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales☐ No puedo realizar mis actividades habituales |
| D.4. Dolor/Malestar | ☐ No tengo dolor o malestar☐ Tengo dolor o malestar moderado☐ Tengo dolor o malestar extremo |
| D.5. Ansiedad/Depresión | ☐ No estoy ansioso ni deprimido ☐ Estoy ansioso o deprimido moderadamente☐ Estoy ansioso o deprimido en extremo |
| D.6 *Hand laminated page 2 of EQ-5D-3L to the person and read:* **“Nos gustaría saber cuán buena o mala es su salud HOY. Esta escala va del 0 al 100. 100 representa la mejor salud que pueda imaginar y 0 la peor. [Señale] en la escala para indicar cómo está su salud hoy.”** *The participant can “draw” with a finger from the “Your own health state today” box to the point on the scale. Record this value between 0 and 100.*  |  \_\_\_ Score |

**Section E: Life-Space Assessment (UAB Study of Aging Life-Space AssessmentTM 2008):** *Read the frequency choices when asking about each level.*

|  |
| --- |
| **Estas preguntas se refieren a sus actividades solo durante el último mes** |
| **Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha estado en...** | **Respuesta** | **¿Con qué frecuencia fue allí?** | **¿Utilizó algún aparato o equipo? ¿Necesitó ayuda de otra persona?** |
| E.1 Otras habitaciones de su casa además de la habitación donde duerme? | E.1A □ Sí □ No  | E.1B □ Menos de 1/ semana□ 1-3 veces /semana □ 4-6 veces/semana □ diariamente  | E.1C □ asistencia personal □ solamente equipo □ sin equipo ni asistencia personal  |
| E.2 Un área fuera de su casa, como el porche, terraza o patio, pasillo (de un edificio de apartamentos) o garaje, en su propio patio o entrada de vehículos? | E.2A □ Sí □ No  | E.2B □ Menos de 1/ semana□ 1-3 veces /semana □ 4-6 veces/semana □ diariamente | E.2C □ asistencia personal □ solamente equipo □ sin equipo ni asistencia personal |
| E.3 Lugares en su vecindario que no sean su propio patio o edificio de apartamento? | E.3A □ Sí □ No  | E.3B □ Menos de 1/ semana□ 1-3 veces /semana □ 4-6 veces/semana □ diariamente | E.3C □ asistencia personal □ solamente equipo □ sin equipo ni asistencia personal |
| E.4 Lugares fuera de su vecindario, pero dentro de su ciudad? | E.4A □ Sí □ No   | E.4B □ Menos de 1/ semana□ 1-3 veces /semana □ 4-6 veces/semana □ diariamente | E.4C □ asistencia personal □ solamente equipo □ sin equipo ni asistencia personal |
| E.5 Lugares fuera de su ciudad? | E.5A □ Sí □ No  | E.5B □ Menos de 1/ semana□ 1-3 veces /semana □ 4-6 veces/semana □ diariamente | E.5C □ asistencia personal □ solamente equipo □ sin equipo ni asistencia personal |

**Section F: The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Spitzer et al 1994)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Hand participant answer Card F1 and read the answer choices before asking the question F.1.* **“Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?** | **Ningún día** **(0)** | **Varios días** **(1)** | **Más de la mitad de los días****(2)** | **Casi todos los días** **(3)** |
| F.1? Poco interés o placer en hacer cosas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.2 Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.3 Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.4 Se ha sentido cansado(a) o con poca energía | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.5 Sin apetito o ha comido en exceso | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.6 Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.7 Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.8 ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| F.9 Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| *If the participant answered “not at all” for all of F.1-F.9, do not ask F.10 and record the “not difficult at all” answer for F.10. Otherwise, hand the participant* ***Card F2*** |
| F.10 Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas? | ☐ No ha sido difícil☐ Un poco difícil☐ Muy difícil☐ Extremadamente difícil |

*If any of questions F.1 through F.10 were not answered, go back to try to obtain answers to all questions.*

**Section G: MEDICARE HEALTH OUTCOMES SURVEY ACTIVITIES OF DAILY LIVING QUESTIONS (US Centers for Medicare and Medicaid, 2020,** [**https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/survey-instruments/hos\_2020\_survey\_English.pdf**](https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/survey-instruments/hos_2020_survey_English.pdf)**)**

*HAND THE CLIENT CARD G:* **“Para un formulario anterior, se le pidió que indicara si tiene alguna limitación en sus actividades. Ahora, haremos algunas preguntas adicionales en esta área”.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A causa de un problema físico o de salud, ¿tiene alguna dificultad para hacer las siguientes actividades sin equipo especial o ayuda de otra persona?** | **No, no tengo dificultad** | **Sí, tengo dificultad** | **No puedo hacer esta actividad** |
| G.1 Bañarse | ☐ | ☐ | ☐ |
| G.2 Vestirse | ☐ | ☐ | ☐ |
| G.3 Comer | ☐ | ☐ | ☐ |
| G.4 Sentarse o levantarse de la silla | ☐ | ☐ | ☐ |
| G.5 Caminar | ☐ | ☐ | ☐ |
| G.6 Usar el inodoro | ☐ | ☐ | ☐ |

**Section H: MEDICARE HEALTH OUTCOMES SURVEY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (US Centers for Medicare and Medicaid 2020,** [**https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/survey-instruments/hos\_2020\_survey\_English.pdf**](https://www.hosonline.org/globalassets/hos-online/survey-instruments/hos_2020_survey_English.pdf)**)**

*HAND THE CLIENT CARD H*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A causa de un problema de salud o físico, ¿tiene usted alguna dificultad para hacer las siguientes actividades?** | **No, no tengo dificultad** | **Sí, tengo dificultad** | **No puedo hacer esta actividad** |
| H.1 Preparar alimentos/comidas | □ | □ | □ |
| H.2 Administrar dinero | □ | □ | □ |
| H.3 Tomar medicamentos como fueron recetados | □ | □ | □ |

*Save and close this form. While still in the home, open and complete the Home Hazard Checklist. Complete section I of this interview after leaving the home.*

**Section I: Staff Notes and Comments**

*I.1 Length of the interview in minutes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(REDCap: Provide questions I.1 through I.5 only on the baseline form.)*

*Grantee Guidance: Questions I.2 through I.5 are optional. Answer these questions yourself after you leave the client’s home. In general, this information may help other staff determine steps they may need to take when interacting with the client.*

|  |  |
| --- | --- |
| I.2 Did the client have frequent difficulty comprehending the questions in the interview (e.g., client had difficulty hearing, concentrating, or required frequent repetition of questions)? | ☐ No ☐ Yes  |
| I.2a If yes, please explain |  |
| I.3 Did the client give unusual or irrelevant answers to questions (i.e., used wrong response options, made comments that had nothing to do with the interview question, incoherent statements)? | ☐ No ☐ Yes  |
| I.3a If yes, please explain. |  |
| I.4 Did the client have frequent difficulty recalling information (i.e., recent events, prior questions, basic information about himself/herself such as age or address)? | ☐ No ☐ Yes  |
| I.4a If yes, please explain. |  |
| I.5 Additional Interviewer Comments |  |

**CLIENT IMPACT EVALUATION ANSWER CARDS**

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW CARD B1**No soy de origen hispano, latino o españolSí, mexicano, mexicano americano, chicanoSí, puertorriqueñoSí, cubanoSí, otro grupo de origen hispano, latino o español |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW ANSWER CARD B2**(puede elegir más de una)* Blanca
* Negra o africana americana
* India americana o nativa de Alaska
* India asiática
* China
* Filipina
* Japonesa
* Coreana
* Vietnamita
* Otro grupo asiático
* Nativa de Hawái
* Guameña o chamorro
* Samoana
* Otra isla del Pacífic
* Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW CARD C: Pain Interference Card**Escala del 1 al 10: 1--------2--------3--------4--------5--------6--------7--------8--------9--------10No Interfiere Interfiereinterfiere moderadamente completamente |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW ANSWER CARD F1**Ningún día  Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW ANSWER CARD F2**No ha sido difícilUn poco difícilMuy difícilExtremadamente difìcil |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW ANSWER CARD G**No, no tengo dificultad Sí, tengo dificultad No puedo hacer esta actividad  |

|  |
| --- |
| **IMPACT EVALUATION INTERVIEW ANSWER CARD H**No, no tengo dificultad Sí, tengo dificultad No puedo hacer esta actividad |

1. Code for this document: Black font=Question asked of the client; *Blue italics* = Instruction for the grantee; *yellow highlighted italics*: Instruction for REDCap programmer. [↑](#footnote-ref-2)