**Appendix C**

**OAHM Client Program Questionnaire**

**Older Adults Home Modification Program**

**Client Program Questionnaire[[1]](#footnote-2)**

**Proporcione cotización para los elementos resaltados en verde**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  **Study ID:** | **Visit** |  | **Today’s Date (mm/dd/yyyy)** | **Form Completed By:**  |
| **Site 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 6 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: Administer this questionnaire only to a* ***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 record “not answered” as a last resort.*

**Section A: ACTIVITIES OF DAILY LIVING DIFFICULTIES DETERMINATION (Source: Katz et al., 1963)**

*Entréguele al cliente la Tarjeta A/B* **[Visita base: “A fin de trabajar con usted para determinar qué modificaciones en el hogar son necesarias, . . .] [Visita de seguimiento: A fin de ayudarnos a evaluar nuestro programa de modificaciones del hogar para adultos mayores . . .] . . . quisiera saber un poco más acerca de su habilidad para realizar algunas actividades cotidianas. Por favor, use las opciones de respuestas que se muestran en la Tarjeta A/B: ‘no y no necesita ayuda,’ ‘sí, pero no necesita ayuda,’ o ‘necesita ayuda independientemente de la dificultad’ cuando responda estas preguntas. Puede leer sus respuestas en voz alta o señalarlas, lo que usted prefiera”.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No y no necesita ayuda (0)** | **Sí, pero no necesita ayuda (1)** | **Necesita ayuda independientemente de la dificultad (2)** | **Not answered** |
| A.1 ¿Tiene alguna dificultad para bañarse o ducharse? | □ | □ | □ | □ |
| A.2 ¿Tiene alguna dificultad para vestirse (parte superior del cuerpo)? | □ | □ | □ | □ |
| A.3 ¿Tiene alguna dificultad para vestirse (parte inferior del cuerpo)? | □ | □ | □ | □ |
| A.4 ¿Tiene alguna dificultad para subir o bajar de la cama o sentarse o incorporarse de las sillas? | □ | □ | □ | □ |
| A.5 ¿Tiene alguna dificultad para comer? | □ | □ | □ | □ |
| A.6 ¿Tiene alguna dificultad para usar el retrete, esto incluye llegar hasta el baño, sentarse o levantarse del retrete? | □ | □ | □ | □ |
| A.7 ¿Tiene alguna dificultad para caminar por una habitación pequeña? | □ | □ | □ | □ |
| A.8 ¿Tiene alguna dificultad para realizar su aseo personal? | □ | □ | □ | □ |
| *If any of the 8 questions were not answered, try to obtain answers.*  |  |  |  |  |

**Section B: INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING DIFFICULTIES DETERMINATION (Lawton & Brody, 1969)**

 *Continue to use Card A/B to answer these 8 IADL questions.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No y no necesita ayuda (0)** | **Sí, pero no necesita ayuda (1)** | **Necesita ayuda independientemente de la dificultad (2)** | **Not answered** |
| B.1 ¿Tiene alguna dificultad o no es capaz de preparar las comidas? | □ | □ | □ | □ |
| B.2 ¿Tiene alguna dificultad para realizar quehaceres livianos como lavar los platos, ordenar o hacer una limpieza simple? | □ | □ | □ | □ |
| B.3 ¿Tiene alguna dificultad para realizar compras de enseres personales como medicamentos o artículos de tocador? | □ | □ | □ | □ |
| B.4 ¿Tiene alguna dificultad para usar el teléfono? | □ | □ | □ | □ |
| B.5 ¿Tiene alguna dificultad para lavar la ropa? | □ | □ | □ | □ |
| B.6 ¿Tiene alguna dificultad para trasladarse independientemente, por su cuenta, sin ayuda de otra persona? | □ | □ | □ | □ |
| B.7 ¿Tiene alguna dificultad para tomar sus medicamentos? | □ | □ | □ | □ |
| B.8 ¿Tiene alguna dificultad para administrar su dinero; es decir, pagar las cuentas o llevar una cuenta de ahorros bancaria por sí solo y sin ayuda de otra persona? | □ | □ | □ | □ |
| *If any of the 8 questions were not answered, try to obtain answers.*  |  |  |  |  |

**Section C: Falls Efficacy Scale (Tinetti et al., 1990) \*CARD C - Falls Scale\***

*Hand the client Answer Card C.* **“En una escala del 1 al 10, donde 1 es "muy seguro" y 10 "no está seguro en absoluto", ¿qué tan seguro está de que puede realizar las siguientes actividades sin caerse? Proporcióneme un número en una escala del 1 al 10”.** *For each question, enter the number between 1 and 10 the person points to on Card C.**If any of questions E.1 through E.10 were not answered, try to obtain answers. Enter “99” if the client declines to answer.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Question** | **Answer** |
| C.1 Cuán seguro se siente para tomar un baño o una ducha sin caerse? |  |
| C.2 Cuán seguro se siente alcanzar alacenas o armarios sin caerse |  |
| C.3 Cuán seguro se siente caminar por la casa sin caerse |  |
| C.4 Cuán seguro se siente preparar comidas, que no requieran cargar objetos pesados o calientes, sin caerse |  |
| C.5 Cuán seguro se siente subir o bajar de la cama sin caerse |  |
| C.6 Cuán seguro se siente atender la puerta o el teléfono sin caerse |  |
| C.7 Cuán seguro se siente sentarse o incorporarse de las sillas sin caerse |  |
| C.8 Cuán seguro se siente vestirse o desvestirse sin caerse |  |
| C.9 Cuán seguro está con el aseo personal (como lavarse la cara) sin caerse |  |
| C.10 Cuán seguro se siente sentarse o incorporarse del retrete sin caerse |  |

**Section D: Falls in the Past Year**

**“A fall is when your body goes to the ground without being pushed.”** **/ “Una caída es cuando su cuerpo va a dar al suelo sin que lo empujen. “ (CMS HOS)**

|  |  |
| --- | --- |
| D.1 Did you fall in the past 12 months? ¿Se ha caído durante los últimos 12 meses? (CMS HOS Q 49)  | □ Yes/ Sí *(Go to D.2)*□ No/ No *(end questionnaire)*□ Not answered *(end questionnaire)* |
| D.2 In the past 12 months, how many times have you fallen? /En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?[BRFSS 2014](https://www.cdc.gov/brfss/questionnaires/pdf-ques/2014_BRFSS.pdf) Q12.1  | □ None/Ninguna *(end questionnaire)*□ Number of times/ Cantidad de veces *(REDCap: number must be >0. Enter 76 if the person fell more than 75 times* □ Not answered *(end questionnaire)* |
| D.3 ¿Cuántas de estas caídas ocurrieron mientras estaba dentro de su casa o en su propiedad (como ser en el jardín o la entrada al garaje)?  | □ None/ Ninguna *(end questionnaire)*□ Cantidad de caídas *(This number must be ≤number provided in D.2)* *(Go to D.3a)*□ Not answered *(end questionnaire)* |
| D.3a ¿En qué parte de su casa o propiedad se cayó? *Check all that apply* | □ Baño□ Cocina□ Sala□ Comedor□ Recámara□ Otra habitación (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Entrada al garaje□ En el jardín□ Otro lugar en el exterior de mi propiedad (especificar):\_\_\_\_\_\_\_ |
| D.4 ¿Puede enumerar las fechas aproximadas en que se cayó dentro de su hogar o en su propiedad durante el último año? | Fecha 1:Fecha 2:Etc. □ Not answered |
| D.5 ¿Cuáles fueron los motivos principales por los que se cayó en su hogar o propiedad? *Do not read answer choices to client. Check all that client mentions.* | □ You tripped or stumbled/ Se tropezó o dio un traspié□ You slipped/Se resbaló□ You were not paying attention/No estaba prestando atención/ □ You had nothing to hold on to /No tenía de donde sostenerse□ You blacked out or fainted/Se desmayó o perdió el conocimiento□ You lost your balance/Perdió el balance□ You hurried too much /Se apresuró demasiado□ Tuvo problemas de audición□ You were playing sports or exercising/Estaba jugando deportes o haciendo ejercicio□ Tuvo problemas de la vista□ Había poca iluminación □ You were getting up after sitting/lying down/Se estaba levantando después de estar sentado(a) o acostado(a)□ You were walking up/down stairs/Estaba subiendo o bajando escaleras□ You had slow reactions or reflexes/Sus reflejos o reacciones eran lentas□ You had weakness or numbness in one or both legs /Tenía debilidad o adormecimiento en una o ambas piernas□ You had a problem with medicine/Tenía un problema con medicamentos□ You drank too much alcohol/Consumió demasiado licor□ You had a problem using a walker, cane or other aid that helps you get around./Tenía problemas usando un andador, bastón, u otro aparato que lo ayuda a moverse de un lado a otro□ You had a problem with shoes, sandals, or socks/Tenía problemas con los zapatos, sandalias, o calcetines□ You had a health condition/Tenía una condición de salud□ Another reason not yet mentioned Specify:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Not answered |

**CLIENT PROGRAM QUESTIONNAIRE ANSWER CARDS**

|  |
| --- |
| **TARJETA DE RESPUESTAS A/B AL CUESTIONARIO DEL PROGRAMA**No y no necesita ayudaSí, pero no necesita ayudaNecesita ayuda independientemente de la dificultad |

|  |
| --- |
| **TARJETA DE RESPUESTAS C AL CUESTIONARIO DEL PROGRAMA**Escala del 1 al 10:1--------2--------3--------4--------5--------6--------7--------8--------9--------10Muy Noseguro está seguro en absoluto |

1. Code for this document: Black font=Question asked of the person being interviewed; *Blue italics* = Instruction for the interviewer; “**Black bold in quotes”**=Script for interviewer; *yellow highlighted italics*: Instruction for REDCap programmer. [↑](#footnote-ref-2)