

# **Appendix F**

## **OAHM Client Impact Evaluation Interview**

## Older Adults Home Modification Program Client Impact Evaluation Interview<sup>1</sup>

| Study ID |               |           | Visit   | Today's Date<br>(mm/dd/yyyy) | Form Completed By: |   |
|----------|---------------|-----------|---|------------------------------|--------------------|---|
| Site ID  | Field Team ID | Client ID |   |                              | Name               | Job Title   |
|          |               |           | <input type="checkbox"/> Baseline<br><input type="checkbox"/> Follow-Up |                              |                    | (dropdown menu: OT,<br>OTA, CAPS, other<br>[Specify]) |

N.º 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*

<sup>1</sup> Code for this document: Black font=Question asked of the client; *Blue italics* = Instruction for the grantee; **yellow highlighted italics:** Instruction for REDCap programmer.

|  |   |
|--|---|
| <p>B.1 ¿Hace cuánto tiempo que vive en este hogar?<br/> <i>Enter number between 0 and 100 or enter -1 if not answered</i><br/> <b>(REDCap: Allow decimal places)</b></p>   | <p>____ Years</p>   |
| <p>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? <i>Check only one</i> (AARP Q5, 2020)</p> | <p><input type="checkbox"/> Mudarse a una comunidad diferente<br/> <input type="checkbox"/> Mudarse a una residencia diferente dentro de su comunidad actual<br/> <input type="checkbox"/> Permanecer en su residencia actual y no mudarse nunca<br/> <input type="checkbox"/> Not sure<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>  |
| <p>B.1b¿Qué tan importante es para usted permanecer en su comunidad actual durante el mayor tiempo posible? (AARP Q8, 2020)</p>  | <p><input type="checkbox"/> Extremadamente importante<br/> <input type="checkbox"/> Muy importante<br/> <input type="checkbox"/> Algo importante<br/> <input type="checkbox"/> No muy importante<br/> <input type="checkbox"/> Nada importante<br/> <input type="checkbox"/> Not sure<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>  |
| <p>B.1c¿Qué tan importante es para usted poder vivir independientemente en su propio hogar a medida que envejece? (Q11, 2020)</p>  | <p><input type="checkbox"/> Extremadamente importante/<br/> <input type="checkbox"/> Muy importante<br/> <input type="checkbox"/> Algo importante<br/> <input type="checkbox"/> No muy importante<br/> <input type="checkbox"/> Nada importante<br/> <input type="checkbox"/> Not sure<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>   |
| <p>B.2 ¿Cuál es su género?</p>   | <p><i>List answer here</i> _____<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>   |
| <p>B.3¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Se pueden seleccionar una o más categorías) <i>Hand client Answer Card B1. One or more categories may be selected</i> (Medicare HOS, 2020 Q58)</p>   | <p><input type="checkbox"/> No soy de origen hispano, latino o español<br/> <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicano americano, chicano<br/> <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño<br/> <input type="checkbox"/> Sí, cubano<br/> <input type="checkbox"/> Sí, otro grupo de origen hispano, latino o español<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>  |
| <p>B.4 ¿Cuál es su raza? (Se pueden seleccionar una o más categorías) <i>Hand client answer card B2. One or more categories may be selected</i> (Medicare HOS, 2020, Q59)</p>  | <p><input type="checkbox"/> Blanca<br/> <input type="checkbox"/> Negra o africana americana<br/> <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska<br/> <input type="checkbox"/> India asiática<br/> <input type="checkbox"/> China<br/> <input type="checkbox"/> Filipina<br/> <input type="checkbox"/> Japonesa<br/> <input type="checkbox"/> Coreana<br/> <input type="checkbox"/> Vietnamita<br/> <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático<br/> <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái<br/> <input type="checkbox"/> Guameña o chamorro<br/> <input type="checkbox"/> Samoana<br/> <input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico _____<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>B.5 ¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó en la escuela?<br/> <i>Check one box</i></p> | <input type="checkbox"/> Menos de 12 años<br><input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o GED<br><input type="checkbox"/> Universidad o escuela de oficios sin terminar<br><input type="checkbox"/> Título de asociado<br><input type="checkbox"/> Título de Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Título de Maestría<br><input type="checkbox"/> Doctorado u otro título profesional<br><input type="checkbox"/> No respondió   |
| <p>B.6 ¿Quién vive con usted en este hogar?</p>   | <p><b>REDCap: The following instruction applies to all answer choices except “No one else, Professional Caregiver, or Not Answered”:</b><br/> <b>For each person checked, open the “# ≥62_____” box to record the number of people in that category who are 62 or older.</b></p> <input type="checkbox"/> Nadie más, vivo solo<br><input type="checkbox"/> Niño(s) (hijo/a)            cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Cónyuge                            cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Padres                                cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Nieto(s)                            cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Otros parientes                cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Amigo(s)                         cantidad ≥62____<br><input type="checkbox"/> Cuidador profesional<br><input type="checkbox"/> 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.*

|  |   |
|--|---|
| <p>C.1 En general, comparado con otras personas de su edad, ¿diría que su salud (Medicare HOS Q40): es:</p>  | <input type="checkbox"/> Excelente?<br><input type="checkbox"/> Muy buena?<br><input type="checkbox"/> Buena?<br><input type="checkbox"/> Regular?<br><input type="checkbox"/> Mala?<br><input type="checkbox"/> Not answered   |
| <p>C.2 ¿Qué servicios de cuidados de la salud basados en el hogar recibe actualmente?<br/> <i>Check all that apply</i></p>   | <input type="checkbox"/> Visitas al hogar de un terapeuta ocupacional<br><input type="checkbox"/> Visitas al hogar de un fisioterapeuta<br><input type="checkbox"/> Visitas al hogar de un enfermero<br><input type="checkbox"/> Visitas al hogar de otro proveedor de atención médica<br><input type="checkbox"/> Ninguno<br><input type="checkbox"/> Not answered   |
| <p>C.3 ¿Cuáles son algunos de los problemas médicos por los que actualmente ve a un doctor? <i>Do not read answer choices to the client. Check all that the client mentions.</i> (CDC)</p> | <input type="checkbox"/> Artritis<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Cáncer<br><input type="checkbox"/> Cardiopatías<br><input type="checkbox"/> Dificultad para pensar o recordar las cosas<br><p><i>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.</i></p> <input type="checkbox"/> EPOC u otro problema respiratorio crónico<br><input type="checkbox"/> Problemas de la visión |

|  |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <p><b>(Open this dropdown list if vision box is checked:</b><br/>         Client's wording for vision issue:<br/> <input type="checkbox"/> ciego<br/> <input type="checkbox"/> legalmente ciego<br/> <input type="checkbox"/> visión limitada<br/> <input type="checkbox"/> poca visión<br/> <input type="checkbox"/> parcialmente ciego<br/>         Other (Specify):<br/> <input type="checkbox"/> Problemas de audición</p> <p><b>(Open this dropdown list if hearing box is checked:</b><br/>         Client's wording for hearing issue:<br/> <input type="checkbox"/> problemas de audición<br/> <input type="checkbox"/> pérdida de la audición<br/> <input type="checkbox"/> sordo<br/> <input type="checkbox"/> parcialmente sordo<br/> <input type="checkbox"/> Other (Specify):<br/> <input type="checkbox"/> Problemas del habla</p> <p><b>(Open this dropdown list if hearing box is checked:</b><br/>         Client's wording for hearing issue:<br/> <input type="checkbox"/> tartamudez<br/> <input type="checkbox"/> tartamudo<br/> <input type="checkbox"/> dificultad para hablar o conversar<br/> <input type="checkbox"/> problemas de la voz<br/> <input type="checkbox"/> Other (Specify):<br/> <input type="checkbox"/> Problemas crónicos en las piernas o pies<br/> <input type="checkbox"/> Otros problemas médicos (especificar) _____<br/> <input type="checkbox"/> None<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p> |                          |                          |                          |                          |                          |
| C.4; Cuánto interfirió el dolor con su trabajo norma<br><i>Hand client answer Card C and explain the scale, i.e., 1=does not interfere, 10=interferes completely</i>   | Answer <b>(between 0 and 10)</b> : _____  |                          |                          |                          |                          |                          |
|  | <b>Siempre</b>  | <b>Frecuentemente</b>    | <b>A veces</b>           | <b>Rara vez</b>          | <b>Nunca</b>             | <b>No respondió</b>      |
| C.5 Con qué frecuencia utiliza lo siguiente:   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| C.5a Una silla de ruedas para moverse dentro de su casa o su propiedad.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.5a Un caminador para moverse dentro de su casa o su propiedad.   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C.5a Un bastón para moverse dentro de su casa o su propiedad.  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p><b>“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”.</b></p> |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| C.6 En el último año, ¿ha tenido un evento   | <input type="checkbox"/> No <b>(Go to Section D)</b>  |                          |                          |                          |                          |                          |

|  |  |
|--|--|
| <p>médico importante que requirió <u>que llame o tenga que ir para recibir atención médica no planificada?</u></p>   | <p><input type="checkbox"/> Sí<br/> <input type="checkbox"/> Not answered (Go to Section D)</p>  |
| <p>C.6.a. ¿Cuántas veces llamó o fue para recibir atención médica no planificada en el último año?</p>   | <p><input type="checkbox"/> 1<br/> <input type="checkbox"/> 2<br/> <input type="checkbox"/> 3<br/> <input type="checkbox"/> 4 veces o más<br/> <input type="checkbox"/> Not answered (Go to Section D)</p>   |
| <p><b>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</b></p>  |  |
| <p>C.6_1. ¿En su [FIRST] evento médico importante no planificado llegaron a su hogar los servicios médicos de emergencia?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Sí<br/> <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>   |
| <p>C.6_2. ¿En su [FIRST] evento médico importante no planificado FUE a la sala de emergencias o centro de atención de urgencias? <i>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.”</i></p> | <p><input type="checkbox"/> Sala de emergencias<br/> <input type="checkbox"/> Centro de atención de urgencias<br/> <input type="checkbox"/> Ninguno (If C.6a&gt;1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>   |
| <p>C.6_2a. ¿Cuál fue el motivo para esta [FIRST] visita no planificada a la sala de emergencias o centro de atención de urgencias? <i>Check all that apply.</i></p>  | <p><input type="checkbox"/> Caída. ¿La caída ocurrió en el hogar o alrededor de la propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Lesión. ¿La lesión ocurrió en el hogar o alrededor de la propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br/> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular o ataque cardíaco<br/> <input type="checkbox"/> Ataque de asma o evento respiratorio<br/> <input type="checkbox"/> Shock diabético o evento relacionado con azúcar en sangre<br/> <input type="checkbox"/> Motivo no mencionado anteriormente<br/>         ESPECIFICAR: _____<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p> |
| <p>C.6_2b. ¿Pasó al menos una noche en el hospital a causa de su [FIRST] visita no planificada?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Sí<br/> <input type="checkbox"/> No (If C.6a&gt;1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)<br/> <input type="checkbox"/> Not answered (If C.6a&gt;1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)</p>   |
| <p>C.6_2c. ¿Cuántas noches pasó en el hospital como resultado de su [FIRST] visita no planificada? <i>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.</i></p>  | <p>_____</p>   |
| <p>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?</p>   | <p><input type="checkbox"/> Sí<br/> <input type="checkbox"/> No (Vaya a la Sección C.6_2e)<br/> <input type="checkbox"/> Not answered</p>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>C.6_2d.i. ¿Dónde se quedó durante su recuperación?</p>   | <p><input type="checkbox"/> Hogar de cuidados<br/> <input type="checkbox"/> Centro de rehabilitación<br/> <input type="checkbox"/> En casa de un amigo o familiar (If C.6a&gt;1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)<br/> <input type="checkbox"/> En otra ubicación no mencionada anteriormente Especificar: _____<br/> <input type="checkbox"/> Not answered (If C.6a&gt;1, go to next unplanned medical care call or visit OR if C.6a=1, go to Section D)</p> |
| <p>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</p> | <p>_____</p>  |
| <p>C.6_2e. ¿Cuánto le preocupaba tener que volver a su hogar después de este evento médico importante?</p>  | <p><input type="checkbox"/> Extremadamente preocupado<br/> <input type="checkbox"/> Muy preocupado<br/> <input type="checkbox"/> Algo preocupado<br/> <input type="checkbox"/> No muy preocupado<br/> <input type="checkbox"/> No preocupado en absoluto<br/> <input type="checkbox"/> No respondió</p>   |

**Section D: EuroQOL (EQ-5D-3L, 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.

|  |   |
|--|---|
| <p>D.1. Movilidad</p>  | <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas para desplazarme caminando<br/> <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para desplazarme caminando<br/> <input type="checkbox"/> Estoy confinado en una cama</p>  |
| <p>D.2. Autocuidado</p>  | <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas para cuidar de mí mismo<br/> <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme.<br/> <input type="checkbox"/> No puedo lavarme o vestirme por mí mismo</p>                                      |
| <p>D.3. Actividades habituales (como ser, trabajar, estudiar, quehaceres domésticos, familia o actividades de esparcimiento)</p>   | <p><input type="checkbox"/> No tengo problemas para realizar mis actividades habituales<br/> <input type="checkbox"/> Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales<br/> <input type="checkbox"/> No puedo realizar mis actividades habituales</p> |
| <p>D.4. Dolor/Malestar</p>   | <p><input type="checkbox"/> No tengo dolor o malestar<br/> <input type="checkbox"/> Tengo dolor o malestar moderado<br/> <input type="checkbox"/> Tengo dolor o malestar extremo</p>  |
| <p>D.5. Ansiedad/Depresión</p>   | <p><input type="checkbox"/> No estoy ansioso ni deprimido<br/> <input type="checkbox"/> Estoy ansioso o deprimido moderadamente<br/> <input type="checkbox"/> Estoy ansioso o deprimido en extremo</p>  |
| <p>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.” _____ Score</p> |   |

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.

**Section E: Life-Space Assessment (UAB Study of Aging Life-Space Assessment™ 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<br><input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO | E.1B<br><input type="checkbox"/> Menos de 1/ semana<br><input type="checkbox"/> 1-3 veces /semana<br><input type="checkbox"/> 4-6 veces/semana<br><input type="checkbox"/> diariamente | E.1C<br><input type="checkbox"/> asistencia personal<br><input type="checkbox"/> solamente equipo<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO | E.2B<br><input type="checkbox"/> Menos de 1/ semana<br><input type="checkbox"/> 1-3 veces /semana<br><input type="checkbox"/> 4-6 veces/semana<br><input type="checkbox"/> diariamente | E.2C<br><input type="checkbox"/> asistencia personal<br><input type="checkbox"/> solamente equipo<br><input type="checkbox"/> sin equipo ni asistencia personal |
| E.3 Lugares en su vecindario que no sean su propio patio o edificio de apartamento?  | E.3A<br><input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO | E.3B<br><input type="checkbox"/> Menos de 1/ semana<br><input type="checkbox"/> 1-3 veces /semana<br><input type="checkbox"/> 4-6 veces/semana<br><input type="checkbox"/> diariamente | E.3C<br><input type="checkbox"/> asistencia personal<br><input type="checkbox"/> solamente equipo<br><input type="checkbox"/> sin equipo ni asistencia personal |
| E.4 Lugares fuera de su vecindario, pero dentro de su ciudad?  | E.4A<br><input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO | E.4B<br><input type="checkbox"/> Menos de 1/ semana<br><input type="checkbox"/> 1-3 veces /semana<br><input type="checkbox"/> 4-6 veces/semana<br><input type="checkbox"/> diariamente | E.4C<br><input type="checkbox"/> asistencia personal<br><input type="checkbox"/> solamente equipo<br><input type="checkbox"/> sin equipo ni asistencia personal |
| E.5 Lugares fuera de su ciudad?  | E.5A<br><input type="checkbox"/> SÍ<br><input type="checkbox"/> NO | E.5B<br><input type="checkbox"/> Menos de 1/ semana<br><input type="checkbox"/> 1-3 veces /semana<br><input type="checkbox"/> 4-6 veces/semana<br><input type="checkbox"/> diariamente | E.5C<br><input type="checkbox"/> asistencia personal<br><input type="checkbox"/> solamente equipo<br><input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| F.2 Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| F.3 Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |

|   |  |                          |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| dormido(a), o ha dormido demasiado  |  |                          |                          |                          |
| F.4 Se ha sentido cansado(a) o con poca energía   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F.5 Sin apetito o ha comido en exceso   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F.7 Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F.9 Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>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</i>          |  |                          |                          |                          |
| 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? | <input type="checkbox"/> No ha sido difícil<br><input type="checkbox"/> Un poco difícil<br><input type="checkbox"/> Muy difícil<br><input type="checkbox"/> 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”.

| <b>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?</b> | <b>No, no tengo dificultad</b> | <b>Sí, tengo dificultad</b> | <b>No puedo hacer esta actividad</b> |
|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| G.1 Bañarse  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| G.2 Vestirse   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| G.3 Comer  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| G.4 Sentarse o levantarse de la silla  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| G.5 Caminar  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |
| G.6 Usar el inodoro  | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>             |

**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  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| H.2 Administrar dinero  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |
| H.3 Tomar medicamentos como fueron recetados  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      |

*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)?     | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> 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)? | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> 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)?                        | <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> 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 español  
Sí, mexicano, mexicano americano, chicano  
Sí, puertorriqueño  
Sí, cubano  
Sí, 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 Pacífico
- Otra: \_\_\_\_\_

### IMPACT EVALUATION INTERVIEW CARD C: Pain Interference Card

Escala del 1 al 10:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
No Interfiere

|   |               |
|---|---------------|
| Interfiere<br>interfiere<br>completamente | moderadamente |
|---|---------------|

---

**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 difícil  
Un poco difícil  
Muy difícil  
Extremadamente difícil

---

**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