

Appendix C
OAHM Client Program Questionnaire

Older Adults Home Modification Program Client Program Questionnaire¹

Proporcione cotización para los elementos resaltados en verde

Study ID:		Visit	Today's Date		Form Completed By:	
Site ID	Client ID		(mm/dd/yyyy)	Name	Job Title	
		___ Baseline ___ Follow-Up			<i>(dropdown menu: OT, OTA, CAPS, other [Specify])</i>	

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 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.2 ¿Tiene alguna dificultad para vestirse (parte superior del cuerpo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.3 ¿Tiene alguna dificultad para vestirse (parte inferior del cuerpo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.4 ¿Tiene alguna dificultad para subir o bajar de la cama o sentarse o incorporarse de las sillas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.5 ¿Tiene alguna dificultad para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.6 ¿Tiene alguna dificultad para usar el retrete, esto incluye llegar hasta el baño, sentarse o levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.7 ¿Tiene alguna dificultad para caminar por una	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

habitación pequeña?				
A.8 ¿Tiene alguna dificultad para realizar su aseo personal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If any of the 8 questions were not answered, try to obtain answers.</i>				

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.2 ¿Tiene alguna dificultad para realizar quehaceres livianos como lavar los platos, ordenar o hacer una limpieza simple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.3 ¿Tiene alguna dificultad para realizar compras de enseres personales como medicamentos o artículos de tocador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.4 ¿Tiene alguna dificultad para usar el teléfono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.5 ¿Tiene alguna dificultad para lavar la ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.6 ¿Tiene alguna dificultad para trasladarse independientemente, por su cuenta, sin ayuda de otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B.7 ¿Tiene alguna dificultad para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>If any of the 8 questions were not answered, try to obtain answers.</i>				

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? Proporcióname 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)	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí (Go to D.2) <input type="checkbox"/> No/ No (end questionnaire) <input type="checkbox"/> 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? BRESS 2014 Q12.1	<input type="checkbox"/> None/Ninguna (end questionnaire) <input type="checkbox"/> Number of times/ Cantidad de veces (REDCap: number must be >0. Enter 76 if the person fell more than 75 times) <input type="checkbox"/> 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)?	<input type="checkbox"/> None/ Ninguna (end questionnaire) <input type="checkbox"/> Cantidad de caídas (This number must be ≤ number provided in D.2) (Go to D.3a) <input type="checkbox"/> Not answered (end questionnaire)
D.3a ¿En qué parte de su casa o propiedad se cayó? Check all that apply	<input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Cocina <input type="checkbox"/> Sala <input type="checkbox"/> Comedor <input type="checkbox"/> Recámara <input type="checkbox"/> Otra habitación (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Entrada al garaje <input type="checkbox"/> En el jardín <input type="checkbox"/> Otro lugar en el exterior de mi propiedad (especificar): _____
D.4 ¿Puede enumerar las fechas <u>aproximadas</u> en que se cayó dentro de su hogar o en su propiedad durante el último año?	Fecha 1: Fecha 2: Etc. <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> You tripped or stumbled/ Se tropezó o dio un traspie <input type="checkbox"/> You slipped/Se resbaló <input type="checkbox"/> You were not paying attention/No estaba prestando atención/ <input type="checkbox"/> You had nothing to hold on to /No tenía de donde sostenerse <input type="checkbox"/> You blacked out or fainted/Se desmayó o perdió el conocimiento <input type="checkbox"/> You lost your balance/Perdió el balance <input type="checkbox"/> You hurried too much /Se apresuró demasiado <input type="checkbox"/> Tuvo problemas de audición <input type="checkbox"/> You were playing sports or exercising/Estaba jugando deportes o haciendo ejercicio <input type="checkbox"/> Tuvo problemas de la vista <input type="checkbox"/> Había poca iluminación <input type="checkbox"/> You were getting up after sitting/lying down/Se estaba levantando después de estar sentado(a) o acostado(a) <input type="checkbox"/> You were walking up/down stairs/Estaba subiendo o bajando escaleras <input type="checkbox"/> You had slow reactions or reflexes/Sus reflejos o reacciones eran lentas <input type="checkbox"/> You had weakness or numbness in one or both legs /Tenía debilidad o adormecimiento en una o ambas piernas

	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> You had a problem with medicine/Tenía un problema con medicamentos<input type="checkbox"/> You drank too much alcohol/Consumió demasiado licor<input type="checkbox"/> 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<input type="checkbox"/> You had a problem with shoes, sandals, or socks/Tenía problemas con los zapatos, sandalias, o calcetines<input type="checkbox"/> You had a health condition/Tenía una condición de salud<input type="checkbox"/> Another reason not yet mentioned Specify: _____<input type="checkbox"/> Not answered
--	---

