



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 10 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. 12/31/2014

## HCHS/SOL Follow-up Interview Form Contact Year 1

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

FORM CODE: AFS  
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion 

0	1
---	---

 SEQ # 

--	--

Acrostic: \_\_\_\_\_

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: 

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0b. Staff ID: 

--	--	--

**Instructions:** See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up form.

### INTRODUCTION

Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (*interviewer name*), y estoy llamando para hablar con (*participant name*) acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos (SOL), en el cual él/ella está registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?

No ———→ ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? Gracias. Volveré a llamar.

Sí ———→ Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, (*participant name*), mi nombre es (*interviewer name*) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos (SOL). Estoy llamando para ver cómo ha estado desde su visita a nuestro centro y para actualizar nuestros registros del estudio. ¿Tiene unos minutos para hablar por teléfono?

No ———→ ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? Gracias. Volveré a llamar.

Sí ———→ Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido desde su visita a nuestro centro. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que fue al centro el (*date of center visit*). Quisiera que se concentre en lo que pasó desde el (*date of center visit*) hasta el día de hoy.

### A. [GHS section for data entry screens begins here]

#### 1. Participant status

- Contacted and alive 1  Go to item 2
- Contacted and refused interview 2  Go to *Contact tracking*, item 31a1
- Not contacted, reported alive 3  Go to *Contact tracking*, item 31a1
- Not contacted, reported deceased 4  Continue to 1a below
- Unknown 9  Go to *Contact tracking*, item 31a1

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

1a. ¿Cuál es la fecha del fallecimiento?   /   /

1b. ¿En qué ciudad, estado y país ocurrió la muerte? \_\_\_\_\_

1c. ¿Sabe usted si (insert decedent's name) fue hospitalizado(a) o fue visto(a) en una sala de emergencia en el período entre el (date of center visit) y su fallecimiento?

No 0  End interview

Sí 1  Record date and name of each hospitalization and/or ER visit. End interview after last event reported.

### GENERAL HEALTH

2. Desde su visita al centro del SOL el (date), ¿diría usted que, en general, su salud ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala?

Excelente 1

Muy buena 2

Buena 3

Regular 4

Mala 5

### B. HOSPITALIZED AND EMERGENCY DEPARTMENT EVENTS

*“La siguiente serie de preguntas trata sobre hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia en alguna ocasión desde su visita al centro del SOL el (date)”. [This section will repeat depending upon number of admissions.]*

3. Desde su visita al centro del estudio el (date), ¿ha sido admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} en un hospital o lo(a) han visto en una sala de emergencia en alguna ocasión?

No 0  Go to item 5

Sí 1

Unsure 9  Go to item 5

*“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empezamos por identificar la primera que ocurrió después de su visita al centro del SOL el día (date)”.*

4. ¿Fue esta visita a la sala de emergencia solamente, o fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital solamente, o fue una visita a la sala de emergencia que resultó en que sea admitido(a) al hospital?

Sala de emergencia solamente 1

Admitido(a) a hospital solamente 2

Los dos 3

Unsure 9

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

4a. ¿Cuál fue la razón más importante por la que fue a (*insert emergency room or hospital*) ese día? (*Check one and do not read choices.*)

- Infarto de miocardio, ataque del corazón 0
- Angina de pecho, dolor de pecho 1
- Insuficiencia cardíaca o falla cardíaca (o fallo cardíaco) 2
- Derrame cerebral (ataque cerebral, transitorio accidente cerebrovascular) o ataque isquémico 3
- Enfermedad vascular periférica (problemas de la circulación, problemas con el flujo de sangre en las piernas) 4
- Trombosis venosa profunda (coágulos en las venas profundas) o embolia pulmonar (coágulo de sangre en los pulmones) 5
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (o enfisema) 6
- Asma 7
- Otro 8

Especificar: \_\_\_\_\_

4b. ¿Me puede decir la fecha en la que ocurrió esta hospitalización o visita a la sala de emergencia?

/  /

4c. ¿Cómo se llama el hospital? \_\_\_\_\_

4d. ¿Cuál es la dirección de este hospital? \_\_\_\_\_ (Leave blank if unknown)

4e. ¿Bajo que nombre está su ficha?

4e1. Primer Nombre: \_\_\_\_\_

4e2. Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

4e3. Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

4e4. Apellido Materno: \_\_\_\_\_

4f. ¿Fue admitido(a) {*ingresado(a), internado(a)*} a un hospital o visitó una sala de emergencia en alguna otra ocasión desde su visita al centro del estudio?

No 0  Go to item 5

Sí 1  Log entry saved, screen refreshes to a new series starting at item 4.

**C. OUT-PATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS**

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de alguna condición médica por la haya tenido que ir a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero sin ser admitido(a) en el hospital o sin tener que ir a la sala de emergencia”.

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

5. Desde su visita al centro del SOL el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico debido a tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

- No 0  Go to item 6  
 Sí 1   
 Unsure 9  Go to item 6

¿Ordenó su médico u otro profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

5a. ¿Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar?

- No 0       Sí 1       Unsure 9

5b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

- No 0       Sí 1       Unsure 9

5c. ¿Tomografía computarizada (CT Scan) de su pecho?

- No 0       Sí 1       Unsure 9

5d. ¿Le dijo un médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de su enfisema, su enfermedad pulmonar obstructiva crónica o su bronquitis crónica, o estaba empeorando?

- No 0  Go to item 6  
 Sí 1   
 Unsure 9  Go to item 6

5e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento de la dosis o frecuencia de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones, o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

- No 0   
 Sí 1   
 Unsure 9

6. Desde su visita al centro del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma?

- No 0  Go to item 7  
 Sí 1   
 Unsure 9  Go to item 7

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

¿Ordenó su médico u otro profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

6a. ¿Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar?

No 0       Sí 1       Unsure 9

6b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0       Sí 1       Unsure 9

6c. ¿Tomografía computarizada (CT Scan) de su pecho?

No 0       Sí 1       Unsure 9

6d. ¿Le dijo el médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de asma, o que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?

No 0  Go to item 7

Sí 1

Unsure 9  Go to item 7

6e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento del uso o dosis de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones, o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0

Sí 1

Unsure 9

7. Desde su visita al centro del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?

No 0  Go to item 8

Sí 1

Unsure 9  Go to item 8

7a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

No 0  Go to item 8

Sí 1

Unsure 9  Go to item 8

7b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply.*)

Píldoras 0

Insulina solamente 1

Insulina y píldoras 2

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

- Fue remitido(a) o referido(a) para un examen de la vista 3
  - Hacer cambios en la dieta 4
  - Dejar de fumar 5
  - Hacer más ejercicio 6
  - Otro 7
- Especificar: \_\_\_\_\_

8. Desde su visita al centro del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

- No 0  Go to item 9
- Sí 1
- Unsure 9  Go to item 9

8a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 9
- Sí 1
- Unsure 9  Go to item 9

8b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply.*)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
  - Aumentar la dosis de alguno de los medicamentos que toma actualmente 1
  - Bajar de peso 2
  - Hacer cambios en la dieta 3
  - Dejar de fumar 4
  - Hacer más ejercicio 5
  - Otro 6
- Especificar: \_\_\_\_\_

9. Desde su visita al centro del estudio el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?

- No 0  Go to item 10
- Sí 1
- Unsure 9  Go to item 10

9a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0  Go to item 10
- Sí 1
- Unsure 2  Go to item 10

ID NUMBER:										FORM CODE: AFS VERSION: A 2/6/12	Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	---------------------	---	---	-------	--	--

9b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply.*)

- |  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| Empezar a tomar un nuevo medicamento                                 | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Aumentar la dosis de alguno de los medicamentos que toma actualmente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Bajar de peso  | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Hacer cambios en la dieta  | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Dejar de fumar   | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Hacer más ejercicio  | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Otro   | 6 | <input type="checkbox"/> |
- Especificar: \_\_\_\_\_

#### D. MEDICATIONS

*“Ahora me gustaría preguntarle acerca de los medicamentos con receta médica que toma actualmente. Esto se refiere a los medicamentos que se han tomado en las últimas dos semanas. ¿Le puedo pedir que traiga al teléfono todos los medicamentos con receta médica que está tomando?”*

10. (*Interviewer: Do not ask*) ¿Tiene el/la participante medicamentos que reportar?

- |                     |   |                          |                   |
|---------------------|---|--------------------------|-------------------|
| No                  | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip item 11 – 30 |
| Sí                  | 1 | <input type="checkbox"/> |                   |
| Participant refused | 2 | <input type="checkbox"/> | Skip item 11 – 30 |

11. – 30. Por favor, lea los nombres de todos los medicamentos recetados por un médico. Esto incluye pastillas o píldoras, medicamentos líquidos, parches que se ponen en la piel, inhaladores, inyecciones y supositorios. Por favor incluya solamente los medicamentos recetados por su médico, aunque sean medicamentos que se pueden obtener sin receta médica.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

*“Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el SOL. Ahora, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día”.*

#### E. PARTICIPANT TRACKING

31. Interviewer: Current tracking information from HCHS/SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

*“Es muy importante para este estudio que nos podamos comunicar con usted en el futuro. A pesar de que usted nos ha dado sus datos personales en el momento de su visita, por favor, díganos su dirección actual para poder mantener nuestra información al día. Toda la información que usted nos da es estrictamente confidencial y no se compartirá con nadie más”.*

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

FORM CODE: AFS  
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	1	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

Participant Tracking: _____	Changes: _____
<i>Current data to be shown here</i>	<i>Record changes here</i>

Contacts: _____	Changes: _____
<i>Current data to be shown here</i>	<i>Record changes here</i>

48. Por último, ¿cuál es el nombre de su médico u otro proveedor de atención médica al que usted habitualmente acude para su consultas médicas?

a. Nombre: \_\_\_\_\_

b. Dirección: \_\_\_\_\_

c. Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**F. END OF THIS PORTION OF THE CALL**

*Muchas gracias por contestar estas preguntas acerca de su salud. Apreciamos mucho su participación en el SOL. Ahora quisiera pasar a preguntarle sobre lo que usted come habitualmente. (GO to FPQ opening script)*