

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 35 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 Formulario de Entrevista de Seguimiento 2do Año de Contacto

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #	□	□
------------------	---	---	-------	---	---

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*) para un seguimiento acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos (SOL), un estudio sobre la salud 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.

Yes → 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 Latinos (SOL). Estoy llamando para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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.

Yes → Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido durante el último año. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que le hicimos la entrevista telefónica el (*date of last follow-up call*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó desde el (*date of last follow-up call*) hasta el día de hoy.

A. [GHE section for data entry screens begins here]

1. Participant status (choose one):

- Contacted and alive 1 Go to item 2
- Contacted and refused interview 2 Go to *Contact tracking*, item 53
- Not contacted, reported alive 3 Go to *Contact tracking*, item 53
- Not contacted, reported deceased 4 Continue to 1a, below
- Unknown 9 Go to *Contact tracking*, item 53

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

1b. ¿Dónde falleció; me puede decir la ciudad, el estado y el país? _____

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

1c. ¿Usted sabe si (*insert decedent's name*) fue hospitalizado o visitó una sala de emergencia por alguna razón desde (*date of last time interviewed*) y/o antes de fallecer?

- No 0 End interview
 Sí 1 Record date and name of each hospitalization and/or ER visit.
 End interview after last event is reported

GENERAL HEALTH

2. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿diría usted que, en general, su salud es excelente, muy buena, buena, regular, o mala?

- Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

[HOE section for data entry screens begins here]

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 última entrevista telefónica el (*date*)”. [This section will repeat depending upon number of admissions.]

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha sido admitido(a) a un hospital o ha visitado 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, empecemos por identificar la primera que ocurrió desde la última entrevista telefónica 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 (only) 1
 Admisión al Hospital (only) 2
 Ambas 3
 Unsure 9

4a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual fue (*insert emergency room or hospital*) ese día? [check one and do not read choices]

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Infarto de miocardio, ataque al corazón | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Angina de pecho, dolor de pecho | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca o falla cardíaca | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad vascular periférica | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Asma | 7 | <input type="checkbox"/> |
| Otro: Especificar: _____ | 8 | <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

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 unknow]

4e. ¿Bajo qué 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 la última entrevista telefónica del estudio?

No 0 Go to item 5

Sí 1 (Line entry saved, screen refreshes to a new series at item 4)

[OPE section for data entry screens begins here]

C. OUT PATIENT SELF REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de condiciones que hayan motivado a que vaya a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero sin tener que ser admitido(a) al hospital y sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 por 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 profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

5a. Prueba respiratoria o prueba de 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

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

5d. ¿Le dijo un médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o 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 la última entrevista telefónica que le hicimos 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

¿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 de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

7. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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
 Fue remitido(a) para un examen de la vista 3
 Recomendación de hacer cambios en la dieta 4
 Recomendación de dejar de fumar 5
 Recomendación de hacer más ejercicios 6
 Otro Especificar: _____ 7

8. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 ejercicios 5
 Otro Especificar: _____ 6

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

9. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos 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 9 Go to item 10

9b. ¿Qué tratamiento le recomendaron?

(Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
 Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente 1
 Recomendación de bajar de peso 2
 Recomendación de hacer cambios en la dieta 3
 Recomendación de dejar de fumar 4
 Recomendación de hacer más ejercicios 5
 Otro Especificar _____ 6

[EVS section for data entry screens begins here]

D. SELF REPORT OF EVENTS SINCE CLINIC VISIT

“Ahora me gustaría preguntarle qué síntomas puede haber tenido desde su visita al centro SOL hace 2 años en (*fecha*)”.

10. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía fibrilación auricular?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

11. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía insuficiencia cardíaca o fallo cardíaco?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

12. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía coágulos sanguíneos en una vena de la pierna o pulmón que necesitaba un medicamento anticoagulante?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

13. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido, con frecuencia, hinchazón en los pies o tobillos al final del día?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

14. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿se despierta en ocasiones por la noche porque tiene dificultad para respirar?

No 0 Sí 1 Unsure 9

15. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando camina apresurado(a) sobre en suelo llano o subiendo una pequeña cuesta/colina?

No 0 Sí 1 Unsure 9

16. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su ritmo normal sobre un suelo llano?

No 0 Sí 1 Unsure 9

17. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad?

No 0 Sí 1 Unsure 9

18. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido usted tos durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?

No 0 Sí 1 Unsure 9

19. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha subido flema del pecho durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?

No 0 Sí 1 Unsure 9

20. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha tenido ruidos silbantes en el pecho?

No 0 Go to item 21
Sí 1
Unsure 9 Go to item 21

20a. ¿Ha tenido algún ataque con ruidos silbantes en el pecho, que le haya hecho sentir falta de aire?

No 0 Sí 1 Unsure 9

21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su capacidad de oír actualmente (sin audífono)?

Excelente 0
Buena 1
Un poco problemática 2
Moderada dificultad de oír 3
Muy problemática 4
Sordo(a) 5

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

Rehúsa 6
No sabe 7

22. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted necesita un audífono?

No 0 Go to item 23
Sí 1
Unsure 9 Go to item 23

22a. ¿Adquirió usted un audífono?

No 0 Go to item 23
Sí 1

22b. ¿Con qué frecuencia lo usa?

Siempre 0
A veces 1
Raras veces 2
Nunca 3

23. En el último año, cuando estuvo expuesto a ruidos fuertes (por fuertes queremos decir que usted tuvo que elevar la voz para que le escucharan); ¿con qué frecuencia usó protección para sus oídos, como tapones u orejeras cuando estaba trabajando?

Ninguna vez 1
25% del tiempo 2
50% 3
75% 4
100% 5
De vez en cuando 6
No sabe 9

24. En el último año cuando estuvo expuesto a ruidos fuertes, ¿con qué frecuencia usó protección para sus oídos, como tapones u orejeras, cuando no estaba trabajando? Por ejemplo: en eventos deportivos, o mientras participaba en otras actividades ruidosas (usando herramientas eléctricas, armas de fuego, cortadoras de hierba, etc.)

Ninguna vez 1
25% del tiempo 2
50% 3
75% 4
100% 5
De vez en cuando 6
No sabe 9

25. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿ha sentido zumbidos, timbres o ruido en los oídos?

No 0 Go to item 26

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

Sí 1
Unsure 9 Go to item 26

25a. ¿Por lo general, este ruido dura más de 5 minutos?

No 0 Sí 1 Unsure 9

25b. ¿Oye usted este ruido solamente después escuchar sonidos fuertes? Por ejemplo, conciertos, disparos de armas de fuego o ruidos altos en el trabajo.

No 0 Sí 1 Unsure 9

26. Desde su visita al centro SOL en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted padece de apnea del sueño?

No 0 Go to item 27
Sí 1
Unsure 9 Go to item 27

26a. ¿Le han tratado la apnea de alguna de las siguientes maneras? (marque todo lo que corresponda)

- 0 Cirugía
- 1 Uso de un aparato dental mientras duerme (un dispositivo que se pone en la boca por la noche que abre la mandíbula)
- 2 Uso de oxígeno mientras duerme
- 3 Un máquina de presión como el dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP por sus siglas en inglés) o la máquina de presión positiva a dos niveles en la vía aérea (BILEVEL)

27. En la actualidad, ¿con qué frecuencia ronca?

Nunca 1 Go to item 28
Raramente (1-2 noches a la semana) 2
A veces (3-5 noches a la semana) 3
Siempre o casi siempre (6-7 noches a la semana) 4
No sabe 9 Go to item 28

[MES section for data entry screens begins here]

E. MEDICATIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de los medicamentos con receta médica que toma actualmente. ¿Le puedo pedir que traiga al teléfono todos los medicamentos con receta médica que está tomando?”

28. (do not ask) ¿Tiene el/la participante algún medicamento que reportar?

No 0 Go to item 49
Sí 1
Participant refused 2 Go to item 49

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

29. Por favor, lea los nombres de todos los medicamentos recetados por un doctor. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, inhaladores, inyecciones y supositorios. Por favor, no incluya medicamentos de venta libre a no ser que hayan sido recetados por un doctor. (Si le preguntan qué queremos decir con “medicamentos que toma actualmente”, esto se refiere a los medicamentos que se han tomado en las dos últimas semanas.)

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)	
29.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
30.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
31.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
32.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
33.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
34.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
35.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
36.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
37.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
38.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
39.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
40.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
41.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
42.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
43.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
44.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
45.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
46.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
47.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
48.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

“A continuación, quisiera preguntarle acerca de su uso regular de aspirina. Por uso regular, me refiero a tomar aspirina un día s y uno no, o de manera más frecuente.”

49. ¿Está usted tomando aspirina AHORA o un medicamento que contenga aspirina, en forma regular? Esto NO incluye Tylenol, Advil, Motrin y/o ibuprofeno.

- No 0 Go to item 50
Sí 1
Unsure 9 Go to item 50

49a. ¿Qué dosis toma?

- 81 mg de aspirina al día 0
325 mg de aspirina al día 1
Otra 2 Especificar: _____

F. OTHER ITEMS

“A continuación, quisiera hacerle unas últimas preguntas.”

50. ¿Cuál de las siguientes situaciones describe mejor su situación actual con respecto al fumar?

- Nunca ha fumado 0 (Go to item 52)
Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace más de 1 año 1
Fumó en el pasado, dejó de hacerlo hace menos de 1 año 2
Fuma actualmente 3
No sabe 4

51. ¿Ha fumado cigarrillos durante los últimos 30 días?

- No 0 Go to item 52
Sí 1
Unsure 9 Go to item 52

51a. En promedio, ¿cómo cuántos cigarrillos fuma al día?

52. Por favor, dígame, ¿cuál de las siguientes situaciones describe mejor su estado civil?

- Casado(a) 0
Viudo(a) 1
Divorciado(a) 2
Separado(a) 3
Soltero(a) 4
Convive con su pareja 5

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el SOL. Si tuviera alguna pregunta, por favor llámenos al centro al (telephone number). Antes de colgar, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Me podría decir si la siguiente información que tengo sigue siendo correcta?

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

G. PARTICIPANT TRACKING [CIE section for data entry screens begins here.]

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

“Es sumamente importante para este estudio que en el futuro podamos comunicarnos con usted. Entendemos que usted dio su información de contacto en su visita al centro, pero para mantener nuestros archivos al día necesitamos confirmar su información actual. Toda información que usted nos provea se mantendrá en estricta confidencialidad y no será compartida con ninguna otra persona o entidad.”

53. Current home address* *“Dirección actual”*

53.A.1. Po Box, Box &/Or Route And Number

53.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--	--

53.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

53.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--	--

53.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--	--

53.C.2. **Street Name**

53.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--	--	--

53.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--	--

53.D.1. Unit Type

--	--	--	--	--	--

53.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--	--

53.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--	--

53.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--	--	--

53.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

53.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

53.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

53.H.1. State

--	--

53.I.1. Country/Territory (*select code from list*)

--	--

53.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

***IF THE PARTICIPANT LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 53.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 53.E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 53.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 53.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 53.E.1.

54. Su teléfono principal/preferido: () -

55. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

56. Número de teléfono secundario: () -

57. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

Local Contact 1

58. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Second Name: _____

d. Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

59. Relationship: _____

60. Current home address of primary contact*

60.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

60.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

60.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

60.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

60.C.2. **Street Name**

60.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

60.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

60.D.1. Unit Type

--	--	--	--

60.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

60.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

60.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

60.E.1. Other

60.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.H.1. State

--	--

60.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

60.J.1. Zip Code

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

*IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 60.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 160.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 60.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.E.1.

61. Telephone: () -

Local Contact 2

62. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

63. Relationship: _____

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

64. Current home address of secondary contact*

64.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

64.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

64.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

64.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

64.C.2. **Street Name**

64.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

64.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

64.D.1. Unit Type

--	--	--	--

64.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

64.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

64.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

64.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.F.1. City

64.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.H.1. State

--	--

64.I.1. Country/Territory (*Select code from list*)

--	--

64.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

65. Telephone: () -

***IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 64.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 64.E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 64.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 64.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 64.E.1.

Local Contact 3

66. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

67. Relationship: _____

68. Current home address of third contact*

68.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

68.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--	--

68.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--	--

68.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--	--

68.C.2. **Street Name**

68.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact Occasion	0	2	SEQ #		
------------------	---	---	-------	--	--

68.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

68.D.1. Unit Type

--	--	--	--

68.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

68.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

68.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

68.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

68.H.1. State

--	--

68.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

68.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

69. Telephone: () -

70. En esta sección de la entrevista, tengo una última pregunta. ¿Cuál es el nombre de su médico o profesional de la salud?

a. Name: _____

b. Address: _____

c. City, State, Zip Code: _____

F. END OF THIS PORTION OF THE CALL

“Muchas gracias por contestar todas estas preguntas sobre su salud. Nos gustaría mantenernos en contacto con usted; nos estaremos comunicando con usted el año que viene”

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

FORM CODE: FS2
VERSION: A 2/6/12

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

Location Codes for Question 53, 60, 64, 68

- | | | | |
|----|---------------------|----|----------------|
| 01 | Afghanistan | 35 | India |
| 02 | Anguilla | 36 | Indonesia |
| 03 | Antigua and Barbuda | 37 | Iran |
| 04 | Argentina | 38 | Iraq |
| 05 | Aruba | 39 | Ireland |
| 06 | Australia | 40 | Israel |
| 07 | Austria | 41 | Italy |
| 08 | Bangladesh | 42 | Japan |
| 09 | Belgium | 43 | Korea |
| 10 | Belize | 44 | Lebanon |
| 11 | Bolivia | 45 | Malaya |
| 12 | Brazil | 46 | Mexico |
| 13 | Canada | 47 | New Zealand |
| 14 | Chile | 48 | Nicaragua |
| 15 | China | 49 | Norway |
| 16 | Colombia | 50 | Pakistan |
| 17 | Costa Rica | 51 | Panama |
| 18 | Cuba | 52 | Paraguay |
| 19 | Czech Republic | 53 | Peru |
| 20 | Denmark | 54 | Philippines |
| 21 | Dominican Republic | 55 | Poland |
| 22 | Ecuador | 56 | Portugal |
| 23 | El Salvador | 57 | Puerto Rico |
| 24 | Finland | 58 | Russia |
| 25 | France | 59 | South Africa |
| 26 | Germany | 60 | Spain |
| 27 | Great Britain | 61 | Sweden |
| 28 | Greece | 62 | Switzerland |
| 29 | Guam | 63 | United States |
| 30 | Guatemala | 64 | Uruguay |
| 31 | Haiti | 65 | Venezuela |
| 32 | Holland | 66 | Virgin Islands |
| 33 | Honduras | 67 | Other |
| 34 | Hungary | 99 | Unknown/refuse |