



HCHS/SOL- Participant Disability Screening (PDS)

ID									
NUMBER:									

FORM CODE: PDS
VERSION: 1,10/11/2019

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: This disability screening form must be completed after informed consent administration and before the participant has their examination. Positive responses to Questions 1 – 6 should be noted on the Exam Itinerary Checklist for routing purposes during the visit.

Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Introductory Script for staff:

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre problemas que pudiera tener al realizar actividades normales del diario vivir (vida diaria).

A. Disability Status

No Sí

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Tiene sordera o serias dificultades para escuchar (oír)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene ceguera o serias dificultades para ver, aun cuando usa lentes (espejuelos, gafas)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene dificultad para caminar media milla (aproximadamente 1 kilómetro)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse (por su propia cuenta)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene dificultad para hacer diligencias, como ir a la oficina del médico o de compras por su cuenta, debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |