



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 03 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. 08/31/2017

HCHS/SOL- Visit 2- Participant Feedback

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: PFS
VERSION: 1 , 6/28/2014

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

Instructions: 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.

Participant Feedback

Gracias por participar en el estudio HCHS/SOL. Estamos interesados en conocer su opinión, por favor tome unos minutos para hablarnos sobre su experiencia en el estudio y de lo que podemos hacer para que funcione con éxito en la comunidad hispana/latina.

1. Principalmente, ¿por qué motivo(s) sigue participando en el estudio HCHS/SOL?

	No	Sí
a. Para ayudar a mi comunidad	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Para saber más sobre mi salud y sobre qué preguntarle al doctor	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Para recibir el dinero que se ofrece por participar	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Para tener pruebas médicas gratuitas y referencias	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
e. Para tener la oportunidad de participar en otros estudios	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
f. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Por favor especifique: _____

2. En general, ¿qué tan motivado(a) se siente para seguir participando en el estudio?

No estoy motivado(a)	1 <input type="checkbox"/>	Motivado(a)	2 <input type="checkbox"/>	Muy motivado(a)	3 <input type="checkbox"/>
----------------------	----------------------------	-------------	----------------------------	-----------------	----------------------------

3. En los últimos años, nos hemos puesto en contacto con usted anualmente para hacer seguimiento y ver cómo está. Por favor, díganos Insatisfecho Satisfecho **Muy** qué tan satisfecho(a) se sintió con:

	Insatisfecho	Satisfecho	Muy
	(a)	(a)	satisfecho
	(a)	(a)	(a)
a. La oportunidad de que le hicieran la entrevista en inglés o en español	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
b. El nivel de profesionalidad y respeto del personal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
c. La información sobre la salud y los recursos de la comunidad que recibió	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
d. La cantidad de tiempo requerida para completar cada entrevista de seguimiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

4. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas durante su visita?:

	No	Sí
a. Problemas de comunicación con el personal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
b. Dificultad para encontrar transporte para ir a la clínica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
c. Problemas o incomodidad con las pruebas y la visita a la clínica	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
d. Personal poco amigable o irrespetuoso	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

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

FORM CODE: PFS
VERSION: 1, 6/28/2014

Contact Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

5. En ocasiones, ha sido difícil mantenerme en contacto con el estudio porque....

- | | No | Sí |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. He cambiado mi dirección o número de teléfono muchas veces | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Tengo muchas obligaciones familiares | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. No estoy muy interesado(a) en el estudio | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. El estudio toma mucho tiempo | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Tengo un horario de trabajo muy ocupado | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

Por favor, especifique: _____

6. Nos gusta mantenernos en contacto con usted durante el año, enviándole noticias sobre el estudio por correo.

¿Qué tanto le gusta recibir la siguiente correspondencia?

- | | Muy poco | Algo | Mucho |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Boletines de ¡Salud SOL! | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. Tarjetas de: Agradecimiento /Cumpleaños/Días festivos/Disculpe si no se pudo comunicar con nosotros | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. Carta de recordatorio del seguimiento anual | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Materiales de educación sobre la salud | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Otro | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

Por favor, especifique: _____

7. ¿Tiene algún comentario adicional?

No **Sí**
0 1 (If yes, please write comment):

¡Gracias por participar en el estudio HCHS/SOL!