



HCHS/SOL SUENO Ancillary Study (AS#2008.08) Forms

NHLBI grant: Ancillary to HCHS/SOL: Sleep Patterns as risk factors for disease in the Hispanic Community Health Study ([R01 HL098297](#), S Patel)

English

ANE - Administrative Screening Form

APE - Anthropometry Form

ATE - Acculturation Stress

DSE - Daily Sleep Log

MDE - Medication Use

MQE - Medical History

NSE - Neighborhood Stress

SPE - Sleep Questionnaire

SQE - Sleep Questionnaire II

SSE - Sleep Attitudes

WLE - Well Being

WSE - Work Schedule

Spanish

ATS - Acculturation Stress Spanish

DSS - Daily Sleep Log Spanish

MDS - Medication Use Spanish

MQS - Medical History Spanish

NSS - Neighborhood Stress Spanish

SPS - Sleep Questionnaire Spanish

SQS - Sleep Questionnaire II Spanish

SSS - Sleep Attitudes Spanish

WLS - Well Being Spanish

WSS - Work Schedule Spanish

Screening Form HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: ANE
VERSION: A 09/08/10

Contact Occasion

0	1
---	---

SEQ #

0	1
---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy): / /

0b. Staff ID:

Instructions: This individual eligibility screening form must be completed before the participant can be scheduled for their ancillary study interview. Enter one form per person screened for the ancillary study.

NOTE TO STAFF: Use appropriate *Sueño* recruitment script when completing this form.

A. Eligibility Screening Status for Individuals in Sueño Ancillary Study

1. Does the participant prefer Spanish or English?

Neither language	0	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE
Spanish	1	<input type="checkbox"/>		
English	2	<input type="checkbox"/>		

2. Is the participant between the age of 18 and 64?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE
Yes	1	<input type="checkbox"/>		

3. Has participant been diagnosed by physician with narcolepsy?

No	0	<input type="checkbox"/>		
Yes	1	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE

4. Is participant using CPAP or BiPAP for treatment of sleep apnea?

No	0	<input type="checkbox"/>		
Yes	1	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE

5. Is participant currently pregnant?

No	0	<input type="checkbox"/>		
Yes	1	<input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 5a

- 5a. If yes, would participant be willing to participate after delivery?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE
Yes	1	<input type="checkbox"/>	→	DEFERRED, note follow up call date

- 5b. If yes, when is estimated due date? (mm/dd/yyyy): / /

6. Individual Participation Status:

Refuses to participate	1	<input type="checkbox"/>		
Unable to contact, status unknown	2	<input type="checkbox"/>		
Ineligible	3	<input type="checkbox"/>	→	INELIGIBLE, closing script
Agrees to participate	4	<input type="checkbox"/>	→	ELIGIBLE, schedule visit
Deferred	5	<input type="checkbox"/>		

6a. Appointment Date (mm/dd/yyyy): / /

6b. Appointment Time: : _ _ (am/pm)

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

FORM CODE: ANE
VERSION: A 09/08/10

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

B. Demographic Information Pre-filled by HCHS/SOL Data Management System

7. Gender: Male 1 Female 2

8. Age: years

9. Hispanic/Latino background from PIE/PIS

- Dominican or Dominican Descent 0
- Central American or Central American descent 1
- Cuban or Cuban descent 2
- Mexican or Mexican descent 3
- Puerto - Rican or Puerto Rican descent 4
- South American or South American descent 5
- More than one heritage 6
- Other 7

If other, please specify: _____

10. Self identification of racial group from PIE/PIS

- American Indian or Alaskan Native 1
- Asian 2
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander 3
- Black or African – American 4
- White 5
- More than one race 6
- Unknown or Not reported 7

ID NUMBER:										FORM CODE: APE	Contact					SEQ #			
										VERSION: A 09/17/10	Occasion								

Anthropometry Form HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:										FORM CODE: APE	Contact			SEQ #		
										VERSION: 09/17/10	Occasion					

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Complete the measurements below and record any notes.

1. Do you have an electronic implantable device (pacemaker, defibrillator, etc.)?

No 0

Yes 1

**DO NOT PERFORM BIA,
WEIGH IN WEIGHT ONLY
MODE, SKIP Q5-Q9.**

2. Assessment of ability to stand (choose one):

Can stand erectly on both feet.

1

Can stand on both feet, but posture not erect.

2

Cannot stand on both feet.

3

END QUESTIONNAIRE

3. Standing height (round to nearest cm):

cm

4. Weight:

. kg

5. Fat (%):

. %

6. Impedance:

Ohms

7. Fat mass:

. kg

8. Lean body mass (FFM):

. kg

9. Total body water (TBW):

. kg

10. Notes: _____

Acculturation Stress HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:

FORM CODE: ATE
VERSION: A 08/16/10

Contact Occasion

SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Acculturation Stress: Hispanic Stress Inventory

Please answer 'yes' or 'no' to indicate whether the following situations have occurred to you during the last 3 months. Then if it did occur to you, indicate how worried or tense the situation made you feel. Remember there is no right or wrong answer so try and be as honest as you can.

1. Because I do not know enough English, it has been difficult for me to interact with others.

No 0 → **GO TO QUESTION 2**
Yes 1

1a. How worried or tense have you been about it?

Not at all worried/tense 1
A little worried/tense 2
Moderately worried/tense 3
Very worried/tense 4
Extremely worried/tense 5

2. My spouse and I have disagreed on how to bring up our children.

No 0 → **GO TO QUESTION 3**
Yes 1
N/A 9 → **GO TO QUESTION 3**

2a. How worried or tense have you been about it?

Not at all worried/tense 1
A little worried/tense 2
Moderately worried/tense 3
Very worried/tense 4
Extremely worried/tense 5

3. Because of my poor English people have treated me badly.

No 0 → **GO TO QUESTION 4**
Yes 1

3a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

4. My children have not respected my authority the way they should.

- No 0 → **GO TO QUESTION 5**
- Yes 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 5**

4a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

5. Because I am Latino I have been expected to work harder.

- No 0 → **GO TO QUESTION 6**
- Yes 1

5a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

6. My income has not been sufficient to support my family or myself.

- No 0 → **GO TO QUESTION 7**
- Yes 1

6a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

7. I have felt that my children's ideas about sexuality are too liberal.

- No 0 → **GO TO QUESTION 8**
- Yes 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 8**

7a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

8. There has been physical violence among members of my family.
 No 0 → **GO TO QUESTION 9**
 Yes 1

8a. How worried or tense have you been about it?
 Not at all worried/tense 1
 A little worried/tense 2
 Moderately worried/tense 3
 Very worried/tense 4
 Extremely worried/tense 5

9. Because I am Latino I have had difficulty finding the type of work I want.
 No 0 → **GO TO QUESTION 10**
 Yes 1

9a. How worried or tense have you been about it?
 Not at all worried/tense 1
 A little worried/tense 2
 Moderately worried/tense 3
 Very worried/tense 4
 Extremely worried/tense 5

10. My children have talked about leaving home.
 No 0 → **GO TO QUESTION 11**
 Yes 1
 N/A 9 → **GO TO QUESTION 11**

10a. How worried or tense have you been about it?
 Not at all worried/tense 1
 A little worried/tense 2
 Moderately worried/tense 3
 Very worried/tense 4
 Extremely worried/tense 5

11. My children have received bad school reports (or bad grades).
 No 0 → **GO TO QUESTION 12**
 Yes 1
 N/A 9 → **GO TO QUESTION 12**

11a. How worried or tense have you been about it?
 Not at all worried/tense 1
 A little worried/tense 2
 Moderately worried/tense 3
 Very worried/tense 4
 Extremely worried/tense 5

12. I have had to watch the quality of my work so others do not think I am lazy.
 No 0 → **GO TO QUESTION 13**
 Yes 1

12a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

13. Because I am Latino it has been hard to get promotions or salary raises.

- No 0 → **GO TO QUESTION 14**
- Yes 1

13a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

14. I had serious arguments with family members.

- No 0 → **GO TO QUESTION 15**
- Yes 1

14a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

15. I have been forced to accept low paying jobs.

- No 0 → **GO TO QUESTION 16**
- Yes 1

15a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

16. There have been conflicts among members of my family.

- No 0 → **GO TO QUESTION 17**
- Yes 1

16a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

ID NUMBER:									FORM CODE: ATE	Contact				
									VERSION: A 08/16/10	Occasion			SEQ #	

17. I have felt pressured to learn English.

No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
 Yes 1

17a. How worried or tense have you been about it?

- Not at all worried/tense 1
- A little worried/tense 2
- Moderately worried/tense 3
- Very worried/tense 4
- Extremely worried/tense 5

ACTIWATCH INSTRUCTIONS

About the ActiWatch



What is it doing?

While it may look like a watch, the ActiWatch is actually a very complex and delicate machine. Inside, it has sensors that record when and how the watch moves which can tell us when you are awake and when you are asleep. It also has a light detector that tells us how much light you are exposed to. Wearing the ActiWatch will let us know about your sleep quantity and quality.

It is very important that the ActiWatch is cared for properly. Please follow the instructions on this page as well as those given by staff.

Wearing the ActiWatch

- For the next week, **please wear the ActiWatch as much as possible.**
- **The ActiWatch is waterproof** – it can be worn in the shower and while swimming.
- Wear the ActiWatch on the hand that you do not write with (if you are right handed, wear the watch on your left hand).
- Treat the ActiWatch like an expensive watch. **If you have to take it off, please keep it in a safe place.**
- There is a light sensor on the ActiWatch so please keep it uncovered (by clothing, etc.) as much as possible.
- There is a button on either side of the ActiWatch face. **Please press both buttons for 3 seconds to mark when you are going to sleep and when you wake up.**

Questions or Problems

If you have any questions or problems, call _____ at (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ .

Daily Sleep Log HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------------	------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

Date: //
Month Day Year

Day:

Instructions: Please complete this log EACH MORNING within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin? : am pm

: am pm

: am pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:							Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	--	--	-------	--	--

Date: / /
Month Day Year

Day:

Instructions: Please complete this log *EACH MORNING* within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin? : am pm

: am pm

: am pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:							Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion		SEQ #	
------------	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	--	-------	--

Date: / /
Month Day Year

Day:

Instructions: Please complete this log *EACH MORNING* within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
 Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
 Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
 Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin?

: am pm

: am pm

: am pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:										Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	--	--	-------	--	--

Date: / /
Month Day Year

Day:

Instructions: Please complete this log EACH MORNING within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin?
 : am pm
 : am pm
 : am pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:								Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion			SEQ #	
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	--	--	-------	--

Date: / /

Month Day Year

Day: 5

Instructions: Please complete this log EACH MORNING within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
 Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
 Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
 Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin?

<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:		Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion	SEQ #
------------	--	---------------------------------------	------------------	-------

Date: / /
Month Day Year

Day: **6**

Instructions: Please complete this log *EACH MORNING* within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
 Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
 Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
 Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin? : am pm
 : am pm
 : am pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Daily Sleep Log

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Form Code: DSE Version: A 09/15/10	Contact Occasion <input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ # <input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------	----------------------------	----------------------

Date: / /
 Month Day Year

Day:

Instructions: Please complete this log EACH MORNING within one hour after you wake up.

1. What time did you go to bed and try to fall asleep last night? : am pm

2. How much time did it take you to fall asleep? Hours Minutes

3. Did you wake up during the night? No 0
Yes 1

3a. If yes, how many times? times

4. What time did you get out of bed today? : am pm

5. Did you go to work or school yesterday? No 0
Yes 1

6. During the day yesterday, did you take naps or fall asleep for more than 5 minutes? No 0
Yes 1

6a. If yes, at what times did these naps begin?

<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/>	:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm

REMINDER: Press the buttons on either side of the ActiWatch whenever you try to go to sleep today and whenever you wake up from sleep.

Medication Use Questionnaire

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: MDE
VERSION: A 8/16/10

Contact Occasion

--	--

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. If a number is entered incorrectly, mark through the incorrect entry with an "=". Code the correct entry clearly above the incorrect entry.

A. Reception

As you know, HCHS/SOL is recording all prescription and over-the-counter medications used by participants in the past four weeks, including cold and allergy medications, vitamins, herbal remedies, and other supplements. These medications include solid and non-solid formulations that you may swallow, inhale, apply to the skin or hair, inject, implant, or place in the ears, eyes, nose, mouth, or any other part of the body.

1. Did you bring all the medications that you used in the past four weeks, or their containers?

- Yes, all of them 1 → **GO TO SECTION B, QUESTION 5**
 No, some of them 2 → **GO TO SECTION A, QUESTION 3**
 No, none of them 3

2. Is this because you forgot, because you have not taken any medications at all in the last four weeks, or because you could not bring your medications?

- Took no medication 1 → **GO TO SECTION C, QUESTION 34**
 Forgot or was unable to bring medication 2

That's alright. Since the information on medications is so important, we would still like to ask you about it during the interview.

3. May we follow up on this after the visit so that we can get the information from the other medication labels? (Explain follow-up options)

- No or not applicable.. 0 → **Scan/transcribe what you can in Section B and attempt to convert refusals; indicate this on tracking form**
 Yes 1

4. Describe method of follow-up to be used: _____

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

FORM CODE: MDE
VERSION: A 8/16/10

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

B. Medication Record

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)
5.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
6.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
7.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
8.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
9.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
10.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
11.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
12.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
13.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
14.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	

ID NUMBER:

FORM CODE: MDE
VERSION: A 8/16/10

Contact
Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
15.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
16.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
17.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
18.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
19.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
20.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
21.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
22.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
23.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
24.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
25.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ID NUMBER:

FORM CODE: MDE
VERSION: A 8/16/10

Contact
Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
26.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
27.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
28.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
29.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

30. Total number of medications in bag

31. Number of medications in bag unable to successfully scan or transcribe

32. HCHS/SOL ID staff number of person scanning / transcribing medications

a. Scanner / transcriber (items 5-29):.....

b. Date of scanning / transcription:..... / /
Month Day Year

C. Medication Use Interview

Now I would like to ask about a few specific medications.

33. Were any of the medications you took during the last four weeks for: (If "Yes", verify that the medication NAME is on the medication record.)

	No	Yes	Unknown
a. Asthma	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Chronic bronchitis or emphysema	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. High blood sugar or diabetes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. High blood pressure or hypertension	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. High blood cholesterol	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Chest pain or angina	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g. Abnormal heart rhythm	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. Heart failure	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i. Blood thinning	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j. Stroke	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k. Mini-stroke or TIA	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
l. Leg pain while walking or claudication	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

34. During the last four weeks, did you take any aspirin or aspirin-containing products including Alka-Seltzer, cold and allergy medication or headache powder? This **excludes** acetaminophen (for example, Tylenol), ibuprofen (for example, Advil, Motrin or Nuprin), and naproxen (for example, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

No	0 <input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 37
Yes	1 <input type="checkbox"/>		
Unknown	9 <input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 37

35. How many days during the last four weeks did you take aspirin or aspirin-containing medication?

Number of days

If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 37**

36. For what purpose are you taking aspirin? (Interviewer: Do NOT read choices.)

Participant mentioned avoiding heart attack or stroke	1 <input type="checkbox"/>
Participant did not mention avoiding heart attack or stroke	2 <input type="checkbox"/>

ID NUMBER:										FORM CODE: MDE	Contact			SEQ #		
										VERSION: A 8/16/10	Occasion					

37. During the past four weeks, did you take any [other] medication for arthritis, fever, or muscle aches and pains, or cramps? (*Read bracketed "other" unless no medications were reported.*)

- No 0
 Yes 1
 Unknown 9

38. **Excluding** aspirin, acetaminophen (for example, Tylenol), and corticosteroids (for example prednisone), are you NOW taking other anti-inflammatory or arthritis medications on a regular basis? Common examples are shown on this list.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

- No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
 Yes 1
 Unknown 9 → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

Already recorded 1

(a) Medication UPC										Medication name (b)									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
(c) Strength					(d) Units														

40. How many pills per week are you taking, on average?

Number of pills per week

41. Staff ID number of person who interviewed the participant:

Medical History Questionnaire HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:

FORM CODE: MQE
VERSION: A 08/10/10

Contact
Occasion

SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

/ /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. If age onset is unknown enter the special missing value, "=", in the item.

Do you have any of the following conditions?

1. Has a doctor ever said that you have high blood pressure or hypertension?

No 0

Yes 1

→ **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**

1a. Was this during pregnancy only?

No 0

Yes 1

2. Has a doctor ever said that you have angina?

No 0

Yes 1

3. Has a doctor ever said that you had a heart attack?

No 0

Yes 1

4. Has a doctor ever said that you had heart failure?

No 0

Yes 1

5. Has a doctor ever said that you had some other kind of heart problem?

No 0

Yes 1

If yes, please specify: _____

6. Have you ever had a balloon angioplasty, a stent, or bypass surgery to the arteries in your heart to improve the blood flow to your heart?

No 0

Yes 1

7. Has a doctor ever said that you had a stroke?

No 0
Yes 1

8. Has a doctor ever said that you had a mini-stroke or TIA (transient ischemic attack)?

No 0
Yes 1

9. Have you had a balloon angioplasty or surgery to the arteries of your neck to prevent or correct a stroke?

No 0
Yes 1

10. Has a doctor ever said that you have an aortic aneurysm, an AAA, or ballooning of your aorta?

No 0
Yes 1

11. Has a doctor ever said that you have peripheral arterial disease (problems with circulation, blocked arteries to the legs)?

No 0 → GO TO QUESTION 13
Yes 1

12. Have you had an operation, a balloon angioplasty, a stent, or an amputation for this condition?

No 0
Yes 1

13. Has a doctor ever said that you have diabetes (high sugar in blood or urine)?

No 0 → GO TO QUESTION 14
Yes 1

13a. At what age were you first told this?

Age in years

13b. FOR WOMEN: Was this during pregnancy only?

No 0
Yes 1

13c. Are you being treated with insulin?

No 0 → GO TO QUESTION 14
Yes 1

13d. Was insulin the first medicine used for diabetes?

No 0
Yes 1

14. Have you ever been told by a doctor that you had a sleep disorder?

- No 0 → END QUESTIONNAIRE
 Yes 1
 Don't Know 9 → END QUESTIONNAIRE

15. Which sleep disorder(s)?

- | | NO | YES |
|------------------|----------------------------|--|
| a. Insomnia | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Restless legs | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Narcolepsy | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Apnea | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> → IF RESPONSE TO Q15d IS "YES", ASK Q15d.1. |
| e. Other | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

If other, please specify: _____

→ 15d.1. Have you been prescribed a CPAP or BIPAP machine, or a device to wear in your mouth to treat your sleep apnea?

No 0
Yes 1

Neighborhood Stress HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: NSE
VERSION: A 08/10/10

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Neighborhood Stress

Things about people's neighborhoods may be important to their health. Now we would like to ask you some questions about what it is like to live in your neighborhood. By neighborhood we mean the area around where you live and around your house. It may include places you shop, religious or public institutions, or a local business district. It is the general area around your house where you might perform routine tasks, such as shopping, going to the park, or visiting with neighbors. Please take the time to answer carefully, but do not spend too much time on any one question. Remember that there are no right or wrong answers.

1. How many blocks are in the area that you think of as your neighborhood?

2. How long have you lived in this neighborhood? (years OR months)

:
Years or Months

For each of the following statements, please tell me whether you agree by choosing the best option.

	Strongly Agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly Disagree
3. This is a close-knit neighborhood	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. People around here are willing to help their neighbors	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. People in this neighborhood generally don't get along with each other	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. People in this neighborhood can be trusted	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. People in this neighborhood do not share the same values	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

ID NUMBER:									FORM CODE: NSE	Contact				
									VERSION: A 08/10/10	Occasion			SEQ #	

8. How safe from crime do you consider your neighborhood to be? Please rate on a scale from 1 to 5.

- Very safe 1
- 2
- Safe 3
- 4
- Not at all safe 5

Think about your neighborhood as a whole, then please choose the response for each of the following to show how much of a problem each one is in your neighborhood.

	Very serious Problem	Somewhat serious problem	Minor problem	Not really a problem
9. Excessive noise	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Heavy traffic or speeding cars	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. Lack of access to adequate food shopping	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Lack of parks or playgrounds	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Trash and litter	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. No sidewalks or poorly maintained sidewalks	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Violence	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Sleep Questionnaire HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SPE
VERSION: A 09/28/11

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

The following two questions refer to the times you get in and out of bed in order to sleep (not including naps).

1. What time do you usually go to bed?

a. On weekdays?

		:				
						am/pm

b. On weekends?

		:				
						am/pm

2. What time do you usually wake up?

a. On weekdays?

		:				
						am/pm

b. On weekends?

		:				
						am/pm

3. During a usual week, how many times do you nap for 5 minutes or more?

- | | | | |
|-----------------|--|---|--|
| None | | 0 | |
| 1 or 2 times | | 1 | |
| 3 or 4 times | | 2 | |
| 5 or more times | | 3 | |

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

FORM CODE: SPE
VERSION: A 09/28/11

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

The next questions ask about your sleep habits. Please choose *one* of the answers for each of the following questions. Pick the answer that best describes how often you experienced the situation in the *past 4 weeks*.

	No, not in the past 4 weeks	Yes, less than once a week	Yes, 1 or 2 times a week	Yes, 3 or 4 times a week	Yes, 5 or more times a week
4. Did you have trouble falling asleep?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Did you wake up several times at night?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Did you wake up earlier than you planned to?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Did you have trouble getting back to sleep after you woke up too early?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. Did you take sleeping pills to help you sleep?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. Did you have sleep difficulties that made you very irritable?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. Did you feel overly sleepy during the day?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. Overall, was your typical night's sleep during the past 4 weeks:					
	Very sound or restful	0 <input type="checkbox"/>			
	Sound or restful	1 <input type="checkbox"/>			
	Average quality	2 <input type="checkbox"/>			
	Restless	3 <input type="checkbox"/>			
	Very restless	4 <input type="checkbox"/>			

12. What is the chance that you would doze off or fall asleep (not just "feel tired") in each of the following situations? If you are never or rarely in the situation, please give your best guess for what would happen. (Choose one box for each item)

	No Chance	Slight Chance	Moderate Chance	High Chance
a. Sitting and reading	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Watching TV	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Sitting inactive in a public place (such as a theater or a meeting)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. Riding as a passenger in a car for an hour without a break	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. Sitting and talking to someone	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
g. Sitting quietly after a lunch without alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
h. In a car, while stopped for a few minutes in traffic	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i. At the dinner table	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j. While driving	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

13. How often do you snore now? (Mark only one)

- Never 1
- Rarely (1-2 nights a week) 2
- Sometimes (3-5 nights a week) 3
- Always or almost always (6-7 nights a week) 4
- Don't know 9

14. How often do you have times when you stop breathing during your sleep?

- Never 1
- Rarely (1-2 nights a week) 2
- Sometimes (3-5 nights a week) 3
- Always or almost always (6-7 nights a week) 4
- Don't know 9

15. Do you ever experience a desire to move your legs because of discomfort or disagreeable sensations in your legs?

- No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
- Yes 1
- Don't know 9 → **END QUESTIONNAIRE**

ID NUMBER:								FORM CODE: SPE	Contact			SEQ #		
								VERSION: A 09/28/11	Occasion					

16. Do you sometimes feel the need to move to relieve the discomfort, for example by walking, or to relieve the discomfort by rubbing your legs?

No 0

Yes 1

Don't know 9

17. Are these symptoms worse when you are at rest, with at least temporary relief by activity?

No 0

Yes 1

Don't know 9

18. Are these symptoms worse later in the day or at night?

No 0

Yes 1

Don't know 9

Sleep Questionnaire II

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SQE
VERSION: A 08/10/10

Contact Occasion

SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

*Check the response for each item that best describes you during **the past two weeks**.*

1. Considering only your own "feeling best" rhythm, at what time would you get up if you were entirely free to plan your day?

- | | |
|-------------------------|----------------------------|
| 5:00 – 6:30 am | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6:30 – 7:45 am | 2 <input type="checkbox"/> |
| 7:45 – 9:45 am | 3 <input type="checkbox"/> |
| 9:45 – 11:00 am | 4 <input type="checkbox"/> |
| 11:00 am – 12:00 (noon) | 5 <input type="checkbox"/> |

2. During the first half hour after having woken in the morning, how tired do you feel?

- | | |
|------------------|----------------------------|
| Very tired | 1 <input type="checkbox"/> |
| Fairly tired | 2 <input type="checkbox"/> |
| Fairly refreshed | 3 <input type="checkbox"/> |
| Very refreshed | 4 <input type="checkbox"/> |

3. At what time in the evening do you feel tired and, as a result, in need of sleep?

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 8:00 – 9:00 pm | 1 <input type="checkbox"/> |
| 9:00 – 10:15 pm | 2 <input type="checkbox"/> |
| 10:15 pm – 12:45 am | 3 <input type="checkbox"/> |
| 12:45 – 2:00 am | 4 <input type="checkbox"/> |
| 2:00 – 3:00 am | 5 <input type="checkbox"/> |

4. At what time of the day do you think that you reach your "feeling best" peak?

- | | |
|----------------|----------------------------|
| 5:00 – 8:00 am | 1 <input type="checkbox"/> |
| 8:00– 10:00 am | 2 <input type="checkbox"/> |
| 10:00– 4:45 pm | 3 <input type="checkbox"/> |
| 5:00 – 9:45 pm | 4 <input type="checkbox"/> |
| 10:00– 4:45 am | 5 <input type="checkbox"/> |

5. One hears about "morning" and "evening" types of people. Which ONE of these types do you consider yourself to be?

- | | |
|--|----------------------------|
| Definitely a "morning" type. | 1 <input type="checkbox"/> |
| Rather more a "morning" than an "evening" type | 2 <input type="checkbox"/> |
| Rather more an "evening" than a "morning" type | 3 <input type="checkbox"/> |
| Definitely an "evening" type | 4 <input type="checkbox"/> |

Check the response for each item that best describes you during **the past two weeks**.

6. Please rate the current **SEVERITY** of your difficulty falling asleep.

- None 0
- Mild 1
- Moderate 2
- Severe 3
- Very Severe 4

7. Please rate the current **SEVERITY** of your difficulty staying asleep.

- None 0
- Mild 1
- Moderate 2
- Severe 3
- Very Severe 4

8. Please rate the current **SEVERITY** of your problem of waking up too early.

- None 0
- Mild 1
- Moderate 2
- Severe 3
- Very Severe 4

9. How **SATISFIED**/dissatisfied are you with your current sleep pattern?

- Very Satisfied 0
- Satisfied 1
- Neither Satisfied or Dissatisfied 2
- Dissatisfied 3
- Very Dissatisfied 4

10. In the past 2 weeks, have you had a problem with your sleep?

- No 0 → **GO TO QUESTION 14**
- Yes 1

11. To what extent do you consider your sleep problem to **INTERFERE** with your daily functioning (e.g. daytime fatigue, ability to function at work/ daily chores, concentration, memory, mood, etc.)?

- Not at all interfering 0
- A little 1
- Somewhat 2
- Much 3
- Very much interfering 4

12. How **NOTICEABLE** to others do you think your sleeping problem is in terms of impairing the quality of your life?

- Not at all noticeable 0
- Barely 1
- Somewhat 2
- Much 3
- Very much noticeable 4

13. How **WORRIED**/distressed are you about your current sleep problem?

- Not at all 0
- A little 1
- Somewhat 2
- Much 3
- Very much 4

14. Do you have a TV in your bedroom?

- No 0 → GO TO QUESTION 16
- Yes 1

*For this section, please check the response for each item that best describes you during **the past four weeks**.*

15. Do you ever use the TV to help you fall asleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

16. Do you ever have a drink of alcohol to help you sleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

17. Do you ever drink a non-alcoholic beverage like warm milk or herbal tea to help you sleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

18. Do you ever use a natural or herbal medicine (like melatonin or valerian) to help you sleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

19. Do you ever use an over-the-counter medicine (like Benadryl or Tylenol PM) to help you sleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

ID NUMBER:									FORM CODE: SQE	Contact				
									VERSION: A 08/10/10	Occasion			SEQ #	

20. Do you ever use a prescription medicine (like trazodone or Ambien) to help you sleep?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

21. On a typical day, how many cups of regular coffee (with caffeine) do you drink?

cups

22. On a typical day, how many cups of regular tea (with caffeine) do you drink?

cups

23. On a typical day, how many glasses or cans of cola or other soda with caffeine do you drink?

glasses or cans

24. One a typical day, how many shots, cans or bottles of a caffeinated energy drink do you drink?

shots, cans or bottles

25. Do you ever use caffeinated drinks (coffee, soda, energy drinks, etc.) to help you stay awake?

- No, not in the past 4 weeks 0
- Yes, less than once a week 1
- Yes, 1-2 times a week 2
- Yes, 3-4 times a week 3
- Yes, 5 or more times a week 4

Sleep Attitudes HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SSE
VERSION: A 06/22/10

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-------	----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Sleep Attitudes

How much do you agree with each of the following statements?

	Completely agree	Mostly agree	Mostly disagree	Completely disagree
1. Snoring during sleep is normal.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. If you did not sleep enough one night, you can make it up the next night.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Regular exercise is good for sleep.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. A hot bath before bed helps with sleep.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. A light snack before bed helps with sleep.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Leaving some time to unwind before bed helps with sleep.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Watching TV or listening to the radio while in bed is recommended for sleeping.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. It is normal to fall asleep in class or church if the speaker is boring and long winded.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. It is normal to feel very sleepy in the mid-afternoon.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. If you do not get enough sleep, it can affect performance at work.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. If you do not get enough sleep, it can result in higher risk of accidents.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. If you do not get enough sleep, it can lead to health problems.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Completely agree	Mostly agree	Mostly disagree	Completely disagree
13. If you do not get enough sleep, it can make it difficult to get along with others.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. A regular sleep schedule is important for getting good sleep.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. Sleeping during the night is better than sleeping during the day.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Getting enough sleep each night is important for overall health.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Eight hours of sleep per night are needed to be fully rested.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. Daytime naps or siestas are good for your health.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. As you get older, you do not need as much sleep to feel rested.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. Sleeping is a pleasurable activity.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Well-Being Questionnaire

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: WLE
VERSION: A 08/16/10

Contact
Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. CES-D 10

I am going to read a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the past week. Respond by saying "rarely or none of the time", meaning less than one day during the past week, 'some or a little of the time', meaning one to two days during the past week, 'occasionally or a moderate amount of time, meaning three to four days, or 'all of the time' meaning five to seven days. Choose only one of these categories for each item statement I read.

	Rarely or none of the time (<1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. I felt depressed.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. I felt that everything I did was an effort.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. I felt hopeful about the future.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. I felt fearful.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. My sleep was restless.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. I was happy.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. I felt lonely.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. I could not "get going".	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

FORM CODE: WLE
VERSION: A 08/16/10

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

B. Spielberger Trait Anxiety Scale

I am now going to read you another list of statements. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe how you generally feel.

	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
11. I feel nervous and restless.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. I feel satisfied with myself.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. I wish I could be as happy as others seem to be.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. I feel like a failure.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. I worry too much over something that really doesn't matter.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. I lack self-confidence.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. I feel secure.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. I feel inadequate.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. I am a steady person.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. I get in a state of tension or turmoil as I think over my recent concerns and interests.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Work Schedule Questionnaire HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:

FORM CODE: WSE
VERSION: A 09/23/10

Contact Occasion SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. Current Employment Status

1. Are you currently employed?

No 0 → GO TO QUESTION 2
Yes 1 → GO TO QUESTION 3

2. Are you any of the following:

	No	Yes	
a. Homemaker (i.e. care for family home)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ END QUESTIONNAIRE
b. Student	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ END QUESTIONNAIRE
c. Retired/Disabled	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ END QUESTIONNAIRE
d. Unemployed/Seeking Work	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ END QUESTIONNAIRE

3. In a typical week, how many hours do you work per week? *Please include time worked in all jobs you may have.*

Hours

4. How many jobs do you have?

One 1
Two 2
Three 3
More than three 4

5. How many months in a year did you work in the past year?

Months

6. In a typical week, how many days do you go to work per week?

Number of days per week

7. On a typical day, do you have a regular work schedule?

No 0 → GO TO QUESTION 10
Yes 1

8. When do you usually begin work? : __ __
am/pm

9. When do you usually end work? : __ __
am/pm

10. How many days per month do you work extra hours beyond your usual schedule?
 Days per month

11. Which of the following best describes your usual work schedule? (*Mark only one*)

- Day shift 1
- Afternoon shift 2
- Night Shift 3
- Split Shift 4
- Irregular shift/on call 5
- Rotating shift 6

12. At your current job(s), do you ever work the late night shift (after midnight)?

- No 0 → GO TO QUESTION 14
- Yes 1

13. Do you work the late night shift (after midnight)...?

- Usually (at least 3 days per week) 1
- Sometimes (at least 1 day per week) 2
- Rarely (less than 1 day per week) 3
- On a rotating schedule 4 (*Please specify*): _____

14. At your current job(s), do you ever work the early morning shift (start work before 6am)?

- No 0 → GO TO QUESTION 16
- Yes 1

15. Do you work the early morning shift (start work before 6am)...?

- Usually (at least 3 days per week) 1
- Sometimes (at least 1 day per week) 2
- Rarely (less than 1 day per week) 3
- On a rotating schedule 4 (*Please specify*): _____

16. On average, how long does it take for you to travel from home to work each day?

Hours Minutes

17. On average, how long does it take for you to travel from work to home each day?

Hours Minutes

Acculturation Stress_Spanish HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:

FORM CODE: ATS
VERSION: A 09/01/10

Contact Occasion

SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Acculturation Stress: Hispanic Stress Inventory

Por favor responda "sí" o "no" para indicar si las siguientes situaciones le han ocurrido a usted en los últimos **3 meses**. Si le ocurrieron, indique que tan preocupado o tenso la situación lo ha hecho sentir. Si la situación mencionada no le ha ocurrido, conteste "no". Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor trate de ser honesto(a) con sus respuestas.

1. Por no saber suficiente inglés ha sido difícil para mí socializar con otros.

No 0 → **GO TO QUESTION 2**
Sí 1

1a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

No preocupado/tenso 1
Un poco preocupado/tenso 2
Moderadamente preocupado/tenso 3
Muy preocupado/tenso 4
Extremadamente preocupado/tenso 5

2. Mi esposo(a) y yo hemos tenido desacuerdos acerca de cómo criar a nuestros hijos.

No 0 → **GO TO QUESTION 3**
Sí 1
N/A 9 → **GO TO QUESTION 3**

2a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

No preocupado/tenso 1
Un poco preocupado/tenso 2
Moderadamente preocupado/tenso 3
Muy preocupado/tenso 4
Extremadamente preocupado/tenso 5

3. Debido a mi mal inglés, la gente me ha tratado mal.

No 0 → **GO TO QUESTION 4**
Sí 1

3a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

4. Mis hijos(as) no han respetado mi autoridad en la forma que deberían.

- No 0 → **GO TO QUESTION 5**
- Sí 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 5**

4a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

5. Debido a que soy latino(a) se ha esperado que trabaje más duro.

- No 0 → **GO TO QUESTION 6**
- Sí 1

5a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

6. Mis ingresos no han sido suficientes para mantener a mi familia o a mí mismo/a.

- No 0 → **GO TO QUESTION 7**
- Sí 1

6a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

7. He sentido que las ideas de mis hijos(as) acerca de la sexualidad son demasiado liberales.

- No 0 → **GO TO QUESTION 8**
- Sí 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 8**

7a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

8. Ha habido violencia física entre miembros de mi familia.

- No 0 → **GO TO QUESTION 9**
- Sí 1

8a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

9. Debido a que soy latino(a) he tenido dificultad para encontrar el tipo de trabajo que quiero.

- No 0 → **GO TO QUESTION 10**
- Sí 1

9a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

10. Mis hijos(as) han hablado acerca de irse de la casa.

- No 0 → **GO TO QUESTION 11**
- Sí 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 11**

10a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

11. Mis hijos(as) han recibido malas calificaciones en la escuela.

- No 0 → **GO TO QUESTION 12**
- Sí 1
- N/A 9 → **GO TO QUESTION 12**

11a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

12. He tenido que ser cuidadoso(a) con la calidad de mi trabajo para que otros no piensen que soy un(a) perezoso(a).

- No 0 → **GO TO QUESTION 13**
- Sí 1

12a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

13. Debido a que soy latino(a), ha sido difícil obtener ascensos o aumentos de salario.

- No 0 → **GO TO QUESTION 14**
- Sí 1

13a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

14. He tenido pleitos serios con miembros de mi familia.

- No 0 → **GO TO QUESTION 15**
- Sí 1

14a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

15. Me he visto forzado(a) a aceptar trabajos con salarios bajos.

- No 0 → **GO TO QUESTION 16**
- Sí 1

15a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

- No preocupado/tenso 1
- Un poco preocupado/tenso 2
- Moderadamente preocupado/tenso 3
- Muy preocupado/tenso 4
- Extremadamente preocupado/tenso 5

ID NUMBER:									FORM CODE: ATS	Contact				
									VERSION: A 09/01/10	Occasion		SEQ #		

16. Ha habido pleitos entre miembros de mi familia.

No 0 → **GO TO QUESTION 17**
Sí 1

16a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

No preocupado/tenso 1
Un poco preocupado/tenso 2
Moderadamente preocupado/tenso 3
Muy preocupado/tenso 4
Extremadamente preocupado/tenso 5

17. Me he sentido presionado(a) para aprender inglés.

No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1

17a. ¿Qué tan preocupado(a) o tenso(a) ha estado?

No preocupado/tenso 1
Un poco preocupado/tenso 2
Moderadamente preocupado/tenso 3
Muy preocupado/tenso 4
Extremadamente preocupado/tenso 5

INSTRUCCIONES DEL ACTIWATCH

Sobre el ActiWatch



¿Qué está haciendo?

Aunque parezca un reloj, el ActiWatch es una máquina compleja y delicada. Adentro, tiene sensores que registran cuándo y cómo el reloj se mueve que nos puede decir cuando está despierto y cuando está dormido. También tiene un detector de luz que nos dice a cuanta luz usted está expuesto. Usando el ActiWatch nos dejara saber sobre la cantidad y calidad de su sueño.

Es muy importante que el ActiWatch sea cuidado apropiadamente. Por favor siga las instrucciones en esta página y las que le dará el personal.

Usando el ActiWatch

- Por la próxima semana, **use el ActiWatch todo lo posible, por favor.**
- **El ActiWatch es a prueba de agua** – se puede usar en la ducha y mientras esté nadando.
- Use el ActiWatch en la mano con la cual no escribe (si escribe con la mano derecha, use el reloj en su mano izquierda)
- Trate el ActiWatch como un reloj caro. **Si tiene que quitárselo, por favor guárdelo en un lugar seguro.**
- Hay un sensor de luz en el ActiWatch, entonces por favor manténgalo descubierto (de ropa, etc.) todo lo posible.
- Hay un botón en cada lado del ActiWatch. **Por favor oprima los dos botones durante 3 segundos para marcar cuando se va a ir a dormir y cuando se levanta.**

Preguntas o Problemas

Si tiene alguna pregunta o algún problema, llame a _____ al (____) ____ - ____.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS_Spanish

ID NUMBER:						Form Code: DSS Version: A 10/11/10	Contact Occasion		SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	---------------------------------------	------------------	--	-------	--	--

Fecha: / /

Month Day Year

Día: 0

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario CADA MAÑANA dentro de una hora después que se levante.

¿Qué debo hacer si me olvido de un día? Si se le olvida llenar el diario, déjelo en blanco por ese día.

¿Qué quieren decir las palabras “cama”, “día” y “noche” en el diario? Este diario puede ser usado por personas que están despiertos o dormidos durante horas irregulares. En el diario de sueño, la palabra “día” es la hora que escoge o que tiene que estar despierto y la palabra “noche” es la hora principal que escoge dormirse. La palabra “cama” se refiere al lugar donde usualmente duerme.

¿Responder estas preguntas sobre mi sueño me mantendrá despierto? No debe preocuparse por dar la hora exacta, y no debe mirar el reloj. Simplemente estime la hora lo mejor que pueda.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas?

<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm
<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion	SEQ #	<input style="width: 100%;" type="text"/>
------------	---	-------------------------------------	------------------	-------	---

Fecha: / /
Month / Day / Year

Día: 1

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario *CADA MAÑANA* dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas? : am pm
 : am pm
 : am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion	SEQ #	<input type="text"/> <input type="text"/>
------------	---	-------------------------------------	---------------------	-------	---

Fecha: / /

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario *CADA MAÑANA* dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas? : am pm
 : am pm
 : am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:		Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion	SEQ #
------------	--	-------------------------------------	------------------	-------

Fecha: /
/

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario *CADA MAÑANA* dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? :
 am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas
 Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? :
 am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas?

: am pm

: am pm

: am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:		Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion		SEQ #	
------------	--	-------------------------------------	---------------------	--	-------	--

Fecha: / /

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario CADA MAÑANA dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas? : am pm
 : am pm
 : am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:		Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion	SEQ #
------------	--	-------------------------------------	---------------------	-------

Fecha: / /

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario *CADA MAÑANA* dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
Sí 1

- 3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
Sí 1

- 6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas?
 : am pm
 : am pm
 : am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:		Form Code: DSS Version: 10/11/10	Contact Occasion	SEQ #	
------------	--	-------------------------------------	------------------	-------	--

Fecha: / /

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario CADA MAÑANA dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas?

<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm
<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> am	<input type="checkbox"/> pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Daily Sleep Log

Sueño – Sleep Habits in HCHS

ID NUMBER:									Form Code: DSS Version:10/11/10	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

Fecha: / /

Month Day Year

Día:

Instrucciones: Por favor complete este cuestionario *CADA MAÑANA* dentro de una hora después que se levante.

1. ¿A qué hora se acostó y trató de dormirse anoche? : am pm

2. ¿Cuánto tiempo le tomó dormirse? Horas Minutos

3. ¿Se levantó durante la noche? No 0
 Sí 1

3a. Si es así, ¿cuántas veces? veces

4. ¿A qué hora se levantó de la cama hoy? : am pm

5. ¿Fue al trabajo o a la escuela ayer? No 0
 Sí 1

6. Durante el día de ayer, ¿tomó alguna siesta o se durmió más de 5 minutos? No 0
 Sí 1

6a. Si es así, ¿a qué hora comenzaron las siestas? : am pm
 : am pm
 : am pm

RECUERDO: Oprima los botones en cada lado del ActiWatch cuando sea que trate de irse a dormir hoy y cuando se levante de su sueño.

Medication Use Questionnaire_Spanish

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: MDS
VERSION: A 08/18/10

Contact Occasion

--	--

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

--	--

 /

--	--

 /

--	--	--	--

Month Day Year

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. If a number is entered incorrectly, mark through the incorrect entry with an "=". Code the correct entry clearly above the incorrect entry.

A. Reception

Como usted sabe, HCHS/SOL (por sus siglas en inglés) está llevando un registro de todos los medicamentos que los participantes han usado en las últimas cuatro semanas (ya sea de venta libre o aquellos que se obtienen con receta médica), incluyendo medicamentos para la gripe o alergias, vitaminas, remedios a base de hierbas y otros suplementos. Estos medicamentos incluyen fórmulas sólidas y no sólidas que usted haya ingerido, inhalado, que se haya aplicado en la piel o en el cabello, que se haya inyectado, implantado o colocado en los oídos, ojos, nariz, boca o cualquier otra parte del cuerpo.

1. ¿Trajo usted todos los medicamentos que ha usado en las últimas cuatro semanas o trajo sus envases?

- Sí, todos 1 → **GO TO SECTION B, QUESTION 5**
- No, algunos de ellos 2 → **GO TO SECTION A, QUESTION 3**
- No, ninguno de ellos 3

2. ¿Se debe esto a que se le olvidó o porque no ha estado tomando ningún medicamento en las últimas cuatro semanas, o porque no pudo traer sus medicamentos?

- No tomó ningún medicamento 1 → **GO TO SECTION C, QUESTION 34**
- Se le olvidó o no pudo traer los medicamentos 2

Está bien. En vista de que la información sobre los medicamentos es muy importante, todavía nos gustaría preguntarle sobre ellos durante la entrevista.

3. ¿Podemos hacer un seguimiento de esto después de la visita, para que así podamos obtener la información sobre las etiquetas de los otros medicamentos? *(Explain follow-up options)*

- No or not applicable.. 0 → **Scan/transcribe what you can in Section B and attempt to convert refusals; indicate this on tracking form**
- Yes 1

4. Describe method of follow-up to be used: _____

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

FORM CODE: MDS
VERSION: A 08/18/10

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

B. Medication Record

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)
5.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
6.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
7.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
8.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
9.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
10.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
11.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
12.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
13.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	
14.	<input type="text"/>	
	(c) Strength (d) Units	

ID NUMBER:

FORM CODE: MDS
VERSION: A 08/18/10

Contact Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)
15.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
16.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
17.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
18.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
19.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
20.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
21.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
22.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
23.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
24.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	
25.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	(c) Strength <input type="text"/> <input type="text"/> (d) Units <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/>	

ID NUMBER:

FORM CODE: MDS
VERSION: A 08/18/10

Contact Occasion

SEQ #

#	(a) Medication UPC	Medication name (b)	
26.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
27.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
28.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
29.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

30. Total number of medications in bag

31. Number of medications in bag unable to successfully scan or transcribe

32. HCHS/SOL ID staff number of person scanning / transcribing medications and interviewing the participant:

a. Scanner / transcriber (items 5-29):.....

b. Date of scanning / transcription:..... / /
Month Day Year

C. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

33. De los medicamentos que usted ha tomado durante las últimas cuatro semanas, ¿fueron algunos para: (If “Yes”, verify that the medication NAME is on the medication record.)

	No	Sí	Desonocido
a. Asma	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b. Bronquitis crónica o enfisema	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c. Azúcar alta en la sangre o diabetes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d. Alta presión sanguínea o hipertensión	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e. Alto colesterol en la sangre	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f. Dolor en el pecho o angina	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g. Ritmo cardíaco anormal	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h. Falla cardíaca	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i. Para hacer su sangre más líquida	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j. Embolia cerebral o derrame cerebral	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

34. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algún tipo de aspirina o productos que contengan aspirina, incluyendo Alka-Seltzer, medicamento para la gripe o alergia, o medicamento en polvo para el dolor de cabeza? Esto **no** incluye el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol), ibuprofeno (por ejemplo, Advil, Motrin o Nuprin) y naproxeno (por ejemplo, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

No	0 <input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 37
Sí	1 <input type="checkbox"/>		
Desconocido	9 <input type="checkbox"/>	→	GO TO QUESTION 37

35. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tomó usted aspirina o un medicamento que contenga aspirina?

Número de días

If number of days equals “00” → **GO TO QUESTION 37**

ID NUMBER:										FORM CODE: MDS	Contact			SEQ #		
										VERSION: A 08/18/10	Occasion					

36. ¿Con qué propósito está tomando usted aspirina? (Interviewer: Do NOT read choices to participant.)
 Participant mentioned "para evitar ataque al corazón o embolia" 1
 Participant did not mention "para evitar ataque al corazón o embolia" 2

37. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algunos [otros] medicamentos que fueron para la artritis, la fiebre, los dolores musculares o los calambres? (Read bracketed "other" unless no medications were reported.)

No 0
 Sí 1
 Desconocido 9

38. **Sin** incluir la aspirina, el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol) y corticosteroides (por ejemplo, la prednisona), ¿está usted tomando AHORA algún otro antiinflamatorio o medicamento para la artritis en forma regular? Ejemplos comunes se muestran en esta lista.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
 Sí 1
 Desconocido 9 → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

Already recorded 1

(a) Medication UPC										(b) Medication name									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
(c) Strength					(d) Units														

40. ¿Cuántas pastillas por semana toma usted como promedio?
 Número de pastillas a la semana

41. Staff ID number of person who interviewed the participant:

Medical History Questionnaire_Spanish HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: MQS
VERSION: A 09/01/10

Contact
Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. If age onset is unknown enter the special missing value, "=", in the item.

¿Tuvo usted algunas de las siguientes enfermedades?

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0
Sí 1

→ FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a

1a. ¿Sucedió esto durante el embarazo solamente?

No 0
Sí 1

2. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene angina de pecho?

No 0
Sí 1

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un ataque al corazón?

No 0
Sí 1

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo insuficiencia cardiaca o falla cardiaca?

No 0
Sí 1

5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo algún otro problema del corazón?

No 0
Sí 1

Si "sí", por favor especifique: _____

6. ¿Le han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), o le han puesto un "stent", o le han hecho cirugía de bypass del corazón?

No 0
Sí 1

ID NUMBER:									FORM CODE: MQS	Contact											
									VERSION: A 09/01/10	Occasion											SEQ #

7. ¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que usted tuvo un derrame cerebral, apoplejía, o ataque cerebral?

No 0
Sí 1

8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un derrame (ataque) cerebral pequeño o transitorio conocido como TIA en inglés?

No 0
Sí 1

9. ¿Le han hecho una angioplastia con balón (dilatación) o cirugía de las arterias del cuello para prevenir o corregir una apoplejía o derrame (ataque) cerebral?

No 0
Sí 1

10. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene o tuvo un aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en ingles) o dilatación de su aorta?

No 0
Sí 1

11. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene enfermedad arterial periférica (problemas con la circulación, arterias bloqueadas en sus piernas)?

No 0 → **GO TO QUESTION 13**
Sí 1

12. ¿Ha tenido usted un "bypass", una angioplastia con balón, le han puesto un "stent", o le han amputado una extremidad (pierna o pie) debido a esta condición?

No 0
Sí 1

13. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes (azúcar alta en la sangre o en la orina)?

No 0 → **GO TO QUESTION 14**
Sí 1

13a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

Edad en años

13b.PARA MUJERES: ¿Fue esto durante el embarazo solamente?

No 0
Sí 1

13c. ¿Está usando insulina?

No 0 → **GO TO QUESTION 14**
Sí 1

13d. ¿Fue insulina la primera medicina que usó para la diabetes?

No 0
Sí 1

ID NUMBER:									FORM CODE: MQS	Contact											
									VERSION: A 09/01/10	Occasion											SEQ #

14. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene un problema para dormir o problemas del sueño?

No	0	<input type="checkbox"/>	→	END QUESTIONNAIRE
Sí	1	<input type="checkbox"/>		
No sabe	9	<input type="checkbox"/>	→	END QUESTIONNAIRE

15. ¿Qué problemas del sueño le dijo que tiene?

	No	Sí	
a. Insomnio	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
b. Síndrome de piernas inquietas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
c. Narcolepsia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
d. Apnea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ IF RESPONSE TO Q15d IS "YES", ASK Q15d.1.
e. Otro	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	

Si otro, por favor especifique: _____

<p>15d.1. ¿Alguna vez le han recetado usar una máquina (CPAP o BiPAP, por sus siglas en ingles) o algún dispositivo (aparato) para el tratamiento de la apnea del sueño?</p> <p style="text-align: right;"> No 0 <input type="checkbox"/> Sí 1 <input type="checkbox"/> </p>

Neighborhood Stress_Spanish HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: NSS
VERSION: A 08/18/10

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Neighborhood Stress

Los vecindarios (o barrios) donde vive la gente pueden ser importantes para la salud. Por ello nos gustaría hacerle unas preguntas sobre la vida en su vecindario. Por vecindario nos referimos a los alrededores de su casa, incluyendo por ejemplo los lugares donde hace las compras, instituciones públicas y religiosas, o un distrito de negocios local. Incluye los lugares donde hace cosas de la vida diaria, por ejemplo: donde compra, va al parque o visita a los vecinos. Tome el tiempo necesario para responder con exactitud, pero no pase demasiado tiempo en ninguna de las preguntas. Ninguna respuesta es más correcta que las demás.

1. ¿Cuántos bloques o manzanas tiene el área que usted considera su vecindario?

2. ¿Cuánto tiempo ha vivido en este vecindario? (años y/o meses)

:
Años y/o Meses

Para cada una de las siguientes afirmaciones, díganos si está de acuerdo o no seleccionando la opción más apropiada.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3. En este vecindario la gente está muy unida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4. Las personas aquí están dispuestas a ayudar a los vecinos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. Las personas de este vecindario en general no se llevan bien entre sí	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Se puede confiar en las personas de este vecindario	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. Las personas en este vecindario no comparten los mismos valores	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

8. En relación con la delincuencia, ¿es seguro su vecindario? Por favor evalúelo basado en una escala de 1 a 5:

- | | | |
|--------------|---|--------------------------|
| Muy seguro | 1 | <input type="checkbox"/> |
| | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Seguro | 3 | <input type="checkbox"/> |
| | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Muy inseguro | 5 | <input type="checkbox"/> |

Piense en su vecindario, luego indique la opción correspondiente si cada una de las situaciones que aparecen a continuación es un problema en su vecindario

- | | Problema
muy grave | Problema
grave | Problema
menor | No es realmente
un problema |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 9. Ruido excesivo | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 10. Mucho tráfico o automóviles que van muy rápido | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 11. No hay donde comprar buena comida | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 12. Falta de parques o lugares para jugar o hacer deportes | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 13. Basura y desperdicios | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 14. Falta de aceras o aceras en mal estado | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| 15. Violencia | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

Sleep Questionnaire_Spanish

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SPS
VERSION: A 03/31/11

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Las siguientes dos preguntas se refieren a la hora que va a la cama a dormir y la hora que se levanta de la cama al despertarse (no incluye las siestas).

1. ¿A qué hora se va a dormir generalmente?

a. Durante los días de semana

		:		
--	--	---	--	--

__ __
am/pm

b. Durante los fines de semana

		:		
--	--	---	--	--

__ __
am/pm

2. ¿A qué hora se despierta generalmente?

a. Durante los días de semana

		:		
--	--	---	--	--

__ __
am/pm

b. Durante los fines de semana

		:		
--	--	---	--	--

__ __
am/pm

3. Durante una semana normal, ¿cuántas veces toma usted una siesta de 5 minutos o más?

- | | | |
|---------------|---|--|
| Ninguna | 0 | |
| 1 o 2 veces | 1 | |
| 3 o 4 veces | 2 | |
| 5 veces o más | 3 | |

Las siguientes preguntas tratan de sus hábitos de dormir. Por favor, escoja una respuesta para cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor describe con qué frecuencia se ha encontrado en cada situación durante las últimas 4 semanas.

	No, no en las últimas 4 semanas	Sí, menos de una vez por semana	Sí. 1 ó 2 veces por semana	Si, 3 ó 4 veces por semana	Si, 5 ó más veces por semana
4. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5. ¿Se despertó varias veces durante la noche?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. ¿Se despertó más temprano de lo que había planeado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a) nuevamente después de que se despertó más temprano de lo acostumbrado?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8. ¿Toma pastillas para ayudarse a dormir?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9. ¿Tuvo problemas para dormir que lo(a) hacían sentirse irritable?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10. ¿Se sintió con mucho sueño durante el día?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11. En general, ¿cómo ha dormido durante las noches normales en las últimas 4 semanas?					
	Muy profundo o muy descansado(a)	0 <input type="checkbox"/>			
	Profundo o descansado(a)	1 <input type="checkbox"/>			
	Más o menos bien	2 <input type="checkbox"/>			
	Intranquilo(a)	3 <input type="checkbox"/>			
	Muy intranquilo(a)	4 <input type="checkbox"/>			

12. ¿Qué probabilidad hay de que usted se adormezca o se quede dormido(a) (no sólo “sentirse cansado(a)”) en cada una de las siguientes situaciones? Si usted nunca se encuentra en tal situación o se encuentra en esa situación rara vez, por favor, dénos la respuesta que a su parecer, se parece mejor a lo que sucedería. Seleccione una opción para cada frase.

	Ninguna probabilidad	Poca probabilidad	Probabilidad moderada	Mucha probabilidad
a. Sentado(a) y leyendo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b. Viendo televisión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c. Sentado(a) y estando inactivo(a) en un lugar público (tal como en un teatro o en una reunión)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d. Ir como pasajero(a) en un automóvil durante una hora sin tomar un descanso	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e. Recostarse a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f. Sentado(a) y hablando con alguien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
g. Sentado(a) tranquilamente después de almorzar, sin haber tomado alcohol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
h. En un automóvil, cuando se detiene por unos pocos minutos en el tráfico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i. En la mesa a la hora de cenar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j. Mientras maneja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

13. ¿Con qué frecuencia ronca actualmente? (Mark only one)

- Nunca 1
- Rara vez (1 a 2 noches por semana) 2
- Algunas veces (3 a 5 noches por semana) 3
- Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana) 4
- No sabe 9

14. ¿Con qué frecuencia tiene usted momentos cuando deja de respirar mientras duerme?

- Nunca 1
- Rara vez (1 a 2 noches por semana) 2
- Algunas veces (3 a 5 noches por semana) 3
- Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana) 4
- No sabe 9

ID NUMBER:									FORM CODE: SPS	Contact			SEQ #		
									VERSION: A 03/31/11	Occasion					

15. ¿Alguna vez ha sentido el deseo de mover sus piernas debido a la incomodidad o por sensaciones desagradables en sus piernas?

- No 0 → **END QUESTIONNAIRE**
 Sí 1
 No sabe 9 → **END QUESTIONNAIRE**

16. ¿Siente alguna vez la necesidad de moverse para aliviar la incomodidad, como por ejemplo caminar, o de aliviar la incomodidad frotando sus piernas?

- No 0
 Sí 1
 No sabe 9

17. ¿Son estos síntomas peores cuando está descansando, pero con algún alivio temporal al realizar alguna actividad?

- No 0
 Sí 1
 No sabe 9

18. ¿Son estos síntomas peores mas tarde en el día o durante la noche?

- No 0
 Sí 1
 No sabe 9

Sleep Questionnaire II_Spanish

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SQS
VERSION: A 10/14/10

Contact
Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Month		Day		Year					

0b. Staff ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Marque la respuesta por cada pregunta que mejor lo/la describa durante **las últimas dos semanas.**

1. Considerando únicamente su propio ritmo, ¿a qué hora se levantaría usted si fuera enteramente libre para planificar el día?

- | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|
| 5:00 – 6:30 am | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 6:30 – 7:45 am | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 7:45 – 9:45 am | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 9:45 – 11:00 am | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 11:00 am – 12:00 (mediodía) | 5 | <input type="checkbox"/> |

2. Durante la primera media hora después de haberse despertado por la mañana se encuentra usted

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| Muy cansado | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Bastante cansado | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Bastante descansado | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Muy descansado | 4 | <input type="checkbox"/> |

3. ¿A qué hora de la noche se encuentra usted cansado y siente la necesidad de dormir?

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| 8:00 – 9:00 pm | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 9:00 – 10:15 pm | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 10:15 pm – 12:45 am | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 12:45 – 2:00 am | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 2:00 – 3:00 am | 5 | <input type="checkbox"/> |

4. ¿A qué hora del día cree que se encuentra mejor?

- | | | |
|----------------|---|--------------------------|
| 5:00 – 8:00 am | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 8:00– 10:00 am | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 10:00– 4:45 pm | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 5:00 – 9:45 pm | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 10:00– 4:45 am | 5 | <input type="checkbox"/> |

5. Suele hablarse de personas de tipo “matutino” y “vespertino”. ¿De cuál de estos dos tipos se considera usted?

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Claramente funciona mejor en la mañana. | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Funciono más en la mañana que en la tarde. | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Funciono más en la tarde que en la mañana. | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Claramente funciona mejor en la tarde. | 4 | <input type="checkbox"/> |

Marque la respuesta por cada pregunta que mejor lo/la describa durante **las últimas dos semanas.**

6. Indique la severidad de su dificultad para iniciar el sueño.

- Ninguna 0
- Ligera 1
- Moderada 2
- Grave 3
- Mucha 4

7. Indique la severidad de su dificultad para mantener el sueño.

- Ninguna 0
- Ligera 1
- Moderada 2
- Grave 3
- Mucha 4

8. Indique la severidad de que se despierta demasiado pronto:

- Ninguna 0
- Ligera 1
- Moderada 2
- Grave 3
- Mucha 4

9. Indique como está usted de satisfecho/descontento con su patrón de sueño actual:

- Muy Satisfecho 0
- Satisfecho 1
- Ni satisfecho ni descontento 2
- No Satisfecho 3
- Muy descontento 4

10. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido problemas con su sueño?

- No 0 → **GO TO QUESTION 14**
- Sí 1

11. Indique hasta que punto considera que su problema del sueño **INTERFIERE** en su funcionamiento diario (rendimiento en el trabajo o en sus tareas diarias, fatiga, concentración, memoria, estado emocional, etc.):

- En absoluto 0
- Un poco 1
- Bastante 2
- Mucho 3
- Muchísimo 4

12. Indique hasta que punto los demás se dan cuenta de su problema de sueño y de lo que deteriora su calidad de vida:

- En absoluto 0
- Un poco 1
- Bastante 2
- Mucho 3
- Muchísimo 4

13. Indique hasta que punto le preocupa su problema de sueño actual:

- En absoluto 0
 Un poco 1
 Bastante 2
 Mucho 3
 Muchísimo 4

14. ¿Tiene una televisión en su cuarto?

- No 0 → **GO TO QUESTION 16**
 Sí 1

*En esta sección, por favor marque la respuesta por cada pregunta que mejor lo/la describa durante **las últimas cuatro semanas**.*

15. ¿Alguna vez usa la televisión para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
 Sí, menos de una vez por semana 1
 Sí, 1-2 veces a la semana 2
 Sí, 3-4 veces a la semana 3
 Sí, 5 o más veces a la semana 4

16. ¿Alguna vez ha tomado un trago de alcohol para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
 Sí, menos de una vez por semana 1
 Sí, 1-2 veces a la semana 2
 Sí, 3-4 veces a la semana 3
 Sí, 5 o más veces a la semana 4

17. ¿Alguna vez ha tomado una bebida no alcohólica como leche caliente o té de hierbas para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
 Sí, menos de una vez por semana 1
 Sí, 1-2 veces a la semana 2
 Sí, 3-4 veces a la semana 3
 Sí, 5 o más veces a la semana 4

18. ¿Alguna vez ha tomado medicinas a base de hierbas o naturales (como melatonina o valeriana) para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
 Sí, menos de una vez por semana 1
 Sí, 1-2 veces a la semana 2
 Sí, 3-4 veces a la semana 3
 Sí, 5 o más veces a la semana 4

19. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos sin receta (como Benadryl o Tylenol PM) para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
 Sí, menos de una vez por semana 1
 Sí, 1-2 veces a la semana 2
 Sí, 3-4 veces a la semana 3
 Sí, 5 o más veces a la semana 4

20. ¿Alguna vez ha tomado medicamentos con receta (como trazodone o Ambien) para ayudarse a dormir?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
- Sí, menos de una vez por semana 1
- Sí, 1-2 veces a la semana 2
- Sí, 3-4 veces a la semana 3
- Sí, 5 o mas veces a la semana 4

21. En un día típico, ¿cuántas tazas de café regular (con cafeína) toma?

tazas

22. En un día típico, ¿cuántas tazas de té regular (con cafeína) toma?

tazas

23. En un día típico, ¿cuántos vasos o latas de cola u otra soda con cafeína toma?

vasos o latas

24. En un día típico, ¿cuántos tragos, latas o botellas de bebidas energéticas con cafeína toma?

tragos, latas o botellas

25. ¿Alguna vez usa bebidas con cafeína (café, té, soda, o bebidas energéticas) para ayudarse a mantenerse despierto?

- No, no en las últimas 4 semanas 0
- Sí, menos de una vez por semana 1
- Sí, 1-2 veces a la semana 2
- Sí, 3-4 veces a la semana 3
- Sí, 5 o más veces a la semana 4

Sleep Attitudes_Spanish

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: SSS
VERSION: A 08/30/10

Contact Occasion			SEQ #		
------------------	--	--	-------	--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

Sleep Attitudes

¿Qué tan de acuerdo está usted con las siguientes frases?

	Completamente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Mayormente no estoy de acuerdo	Completamente no estoy de acuerdo
1. El roncar cuando dormimos es normal.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Si usted no durmió lo suficiente una noche lo puede recuperar la próxima noche.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. El ejercicio en forma regular es bueno para el sueño.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Un baño caliente antes de ir a la cama ayuda a dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Un bocadillo antes de ir a la cama ayuda a dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Tomar tiempo para relajarse antes de ir a cama ayuda a dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Ver televisión o escuchar la radio cuando está en la cama es recomendable para dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Es normal que le dé sueño cuando está en la clase o en la iglesia si el orador es aburrido y el tema es largo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Es normal que le dé sueño después del medio día.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Si usted no duerme lo suficiente le puede afectar el desempeño de su trabajo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Completamente de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Mayormente no estoy de acuerdo	Completamente no estoy de acuerdo
11. Si usted no duerme lo suficiente puede resultar en un riesgo más alto de accidentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Si usted no duerme lo suficiente puede resultar en problemas de salud.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Si usted no duerme lo suficiente puede hacer que no se lleve bien con los demás.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. El tener un horario fijo para dormir es importante para la buena salud.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. El dormir durante la noche es mejor que dormir durante el día.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. El dormir lo suficiente todas las noches es importante para la salud.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. Se necesitan ocho horas de dormir cada noche para estar bien descansado.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. El dormitar durante el día o tomarse una siesta es bueno para la salud.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. A medida que envejecemos, no necesitamos dormir tanto tiempo para sentirnos descansados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. El dormir es un acto placentero.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Well-Being Questionnaire_Spanish HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

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

FORM CODE: WLS
VERSION: A 08/30/10

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. CES-D 10

Aquí le presento una lista de frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada. Puede responder con 'raramente o ninguna vez', que significa menos de un día a la semana, 'algunas veces o pocas veces', que significa uno a dos días a la semana, 'ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado', que significa tres o cuatro días a la semana o 'la mayor parte del tiempo, que significa cinco a siete días a la semana. Escoja una opción para cada frase.

	Raramente o ninguna vez (<1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Tuve dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Me sentí deprimido(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Me sentí con esperanza en el futuro.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Me sentí con miedo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Mi sueño fue inquieto.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Estuve contento(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Me sentí solo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. No tuve ganas de hacer nada.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

B. Spielberger Trait Anxiety Scale

Ahora le voy a presentar otra lista de frases. No tome mucho tiempo en cada frase pero escoja la respuesta que describa mejor cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Me siento nervioso(a) e inquieto(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. Me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Desearía que pudiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Siento que soy un fracaso.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Me preocupo mucho por algo que realmente no vale la pena.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. No tengo confianza en mí mismo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Me siento seguro(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
18. Me siento inadecuado(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
19. Soy una persona estable.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
20. Me siento en un estado agitado y tenso cuando pienso en mis preocupaciones e intereses recientes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Work Schedule Questionnaire_Spanish

HCHS/SOL Sleep Ancillary Study

ID NUMBER:

FORM CODE: WSS
VERSION: A 01/12/11

Contact Occasion SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

A. Current Employment Status

1. ¿Trabaja actualmente?

No 0 → GO TO QUESTION 2
Sí 1 → GO TO QUESTION 3

2. ¿Es usted...?

	No	Sí	
a. Ama de casa (por ejemplo, cuida el hogar de la familia)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <u>END QUESTIONNAIRE</u>
b. Estudiante	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <u>END QUESTIONNAIRE</u>
c. Retirado/Incapacitado	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <u>END QUESTIONNAIRE</u>
d. Desempleado/Buscando Empleo	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	→ <u>END QUESTIONNAIRE</u>

3. En una semana típica, ¿Cuántas horas trabaja en su(s) empleo(s)?

Horas

4. ¿Cuántos trabajos tiene?

Uno 1
Dos 2
Tres 3
Más de tres 4

5. ¿Cuántos meses del año trabajó usted durante el último año?

Meses

6. En una semana típica, ¿cuántos días a la semana va usted a trabajar?

Número de días a la semana

7. En un día típico, ¿tiene usted un horario de trabajar regular?

No 0 → GO TO QUESTION 10
Sí 1

8. ¿A qué hora comienza usted a trabajar normalmente?

: __ __
am/pm

9. ¿A qué hora termina usted de trabajar normalmente?

: __ __
am/pm

10. ¿Cuántos días al mes trabaja usted horas adicionales además de su horario normal de trabajo?

Días al mes

11. ¿Cuál de los siguientes turnos describe mejor su horario normal de trabajo? (Mark only one)

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Turno de la mañana | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Turno de la tarde | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Turno de la noche | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Turno dividido en dos | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Turno irregular/ estar disponible cuando se
le necesite | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Turnos rotativos | 6 | <input type="checkbox"/> |

12. En su trabajo actual, ¿alguna vez trabaja tarde durante el turno de la noche (después de la medianoche)?

No 0 → **GO TO QUESTION 14**
Sí 1

13. ¿Trabaja usted en el turno de la noche (después de la medianoche)...?

- | | | |
|--|---|--|
| Usualmente (al menos 3 días a la semana) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| A veces (al menos 1 día a la semana) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Raramente (menos de 1 día a la semana) | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Rotativamente | 4 | <input type="checkbox"/> (Por favor, especifique): _____ |

14. ¿Trabaja usted en el turno de la mañana (antes de las 6 AM)?

No 0 → **GO TO QUESTION 16**
Sí 1

15. ¿Trabaja usted en el turno de la mañana (antes de las 6AM)...?

- | | | |
|--|---|--|
| Usualmente (al menos 3 días a la semana) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| A veces (al menos 1 día a la semana) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Raramente (menos de 1 día a la semana) | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Rotativamente | 4 | <input type="checkbox"/> (Por favor, especifique): _____ |

16. En un día típico, ¿cuánto tiempo le toma viajar de la casa al trabajo?

Horas Minutos

17. En un día típico, ¿cuánto tiempo le toma viajar del trabajo a la casa?

Horas Minutos