



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 05 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 8/31/2017

HCHS/SOL- Visit 2 Family Cohesion

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: FCS
VERSION: 1, 9/15/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

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. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

A. Family Cohesion

Las siguientes declaraciones son sobre las familias. Usted tendrá que decidir cuáles de estas declaraciones son verdaderas respecto a su familia y cuales son falsas. Si usted piensa que la declaración es Verdadera o casi siempre Verdadera respecto a su familia, diga Verdadera. Si usted piensa que la declaración es Falsa o casi siempre Falsa respecto a su familia, diga Falsa. Usted podrá pensar que algunas de las declaraciones sobre algunos miembros de su familia son verdaderas y respecto a otros miembros que son falsas. Diga Verdadera si la declaración es verdadera respecto a la mayoría de los miembros. Diga Falsa si la declaración es falsa respecto a la mayoría de los miembros. Si los miembros se dividen por igual, decida cuál es la impresión más fuerte en general y responda de acuerdo a eso. Recuerde, nos interesa saber cómo usted ve a su familia. Por eso, no trate de figurar cómo otros miembros ven a su familia, pero denos su impresión general respecto a su familia en cada declaración.

- | | Falso | Verdadero |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Los miembros de la familia realmente ayudan y se apoyan unos a otros. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2. Con frecuencia parece que estamos perdiendo el tiempo en la casa. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. Ponemos mucho esfuerzo en lo que hacemos en casa. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4. Hay sentimiento de unidad en nuestra familia. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5. Raramente nos ofrecemos cuando se necesita hacer algo en casa. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6. Los miembros de la familia realmente se apoyan mutuamente. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 7. Hay muy poco espíritu de grupo en nuestra familia. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 8. Realmente todos nos llevamos muy bien. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 9. Hay bastante tiempo y atención para todos en nuestra familia. | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

[The Family Cohesion questions are part of the Family Environment Scale© developed by B.S. Moos and R.H. Moos used by permission of the authors as licensed by Mind Garden, Inc. No unauthorized reproduction of these materials is permitted.]

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

FORM CODE: FCS
VERSION: 1, 9/15/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #		
-------	--	--

B. Household Composition

(Note –U.S. Census definition in English and Spanish is included in the QxQ for reference if needed.)

10. Incluyéndose a usted, ¿cuántas personas viven, en este momento (en término del último mes), con usted?

(If one, **END QUESTIONNAIRE**)

Por favor indique cada una de las personas que vive en su casa en este momento. No necesita dar el nombre de las personas, solo la relación que tienen con usted.

[Interviewer: For questions 10a-10i select the option that matches the Relación from the list below.]

- | | | | | |
|--------------|---------------|-------------|-----------|-----------|
| 1=Esposo (a) | 4=Madre | 7=Primo (a) | 10=Yerno | 13=Suegro |
| 2=Hija | 5=Padre | 8=Sobrina | 11=Nuera | 14=Otro |
| 3=Hijo | 6=Hermano (a) | 9=Sobrino | 12=Suegra | |

- | | | |
|--|--|---|
| a. Relación 1: <input type="text"/> <input type="text"/> | a1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | a2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| b. Relación 2: <input type="text"/> <input type="text"/> | b1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | b2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| c. Relación 3: <input type="text"/> <input type="text"/> | c1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | c2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| d. Relación 4: <input type="text"/> <input type="text"/> | d1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | d2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| e. Relación 5: <input type="text"/> <input type="text"/> | e1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | e2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| f. Relación 6: <input type="text"/> <input type="text"/> | f1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | f2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| g. Relación 7: <input type="text"/> <input type="text"/> | g1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | g2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| h. Relación 8: <input type="text"/> <input type="text"/> | h1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | h2. Si otro, por favor Especifique: _____ |
| i. Relación 9: <input type="text"/> <input type="text"/> | i1. Edad <input type="text"/> <input type="text"/> | i2. Si otro, por favor Especifique: _____ |