



# HCHS/SOL V3 NIMHD Formset- Spanish

(HUS, NDS, BFS, SIS, SGS)

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: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

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

Occurrence

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

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

**Instructions:** Complete this form for each eligible participant. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

### [HUS-Health Use Q1-34]

#### A. SPOKEN ENGLISH PROFICIENCY AND PREFERRED LANGUAGE

Aunque usted hable más de un idioma, las siguientes preguntas se refieren solamente al inglés y al español.

1. ¿Qué tan bien habla usted el inglés?
- 1  Nada  
2  Mal  
3  Más o menos  
4  Bien  
5  Muy bien
2. ¿En qué idioma prefiere recibir su atención médica?
- 1  Español  
2  Inglés  
3  No tengo preferencia
- 2a. Durante los últimos 12 meses, ¿ha visitado un consultorio médico, una clínica, un centro de atención urgente, o un hospital y ha conversado sobre su cuidado de salud con un médico?
- 0  No **[Go to Q17]**  
1  Sí

- (If Sí)** ¿Fue su visita de salud realizada
- |   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>No</b>   | <b>Sí</b>                  |
| 2a1. En persona? 0 <input type="checkbox"/>             | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2a2. Por telemedicina/vídeo? 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2a3. Por teléfono? 0 <input type="checkbox"/>           | 1 <input type="checkbox"/> |

#### B. INTERPERSONAL PROCESSES OF CARE [skip this section if HUS2a=0]

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias al hablar con sus doctores durante los últimos 12 meses. Por favor, dígame con qué frecuencia en general sus doctores hicieron lo siguiente. Responda a cada una con: *Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre o Siempre.*

- |   | Nunca                      | Casi nunca                 | A veces                    | Casi siempre               | Siempre                    |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 3. ¿Con qué frecuencia le hablaron muy rápido los doctores?   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Con qué frecuencia usaron los doctores palabras que eran difíciles de entender?                                   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Con qué frecuencia se enteraron realmente los doctores de sus preocupaciones de salud?                            | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Con qué frecuencia le dieron los doctores la oportunidad de decir las cosas que usted pensó que eran importantes? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

**[FOR INTERVIEWER: Repeat response options]**

- |   |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 7. ¿Con qué frecuencia tomaron muy en serio los doctores sus preocupaciones de salud?   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Con qué frecuencia le explicaron los doctores los resultados de sus pruebas tales como análisis de sangre, rayos x, o exámenes para detectar el cáncer? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Con qué frecuencia le explicaron los doctores claramente los resultados de su examen físico?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre cómo usted y sus doctores tomaron decisiones sobre su cuidado médico durante los últimos 12 meses. Por favor responda a cada pregunta con: Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi siempre o Siempre.**

**[FOR INTERVIEWER: Repeat response options]**

- |  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | Nunca                      | Casi Nunca                 | A veces                    | Casi siempre               | Siempre                    |
| 10. ¿Con qué frecuencia usted y los doctores desarrollaron juntos su plan de tratamiento?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 11. Si hubiera alternativas de tratamiento, ¿con qué frecuencia le preguntaron los doctores si a usted le gustaría tomar parte en las decisiones sobre su tratamiento? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**Las siguientes preguntas son sobre las interacciones personales entre usted y su(s) doctor(es). Por favor, siga pensando en sus experiencias durante los últimos 12 meses. Por favor responda a cada pregunta con: Nunca, Casi Nunca, A veces, Casi siempre o Siempre.**

- |  |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
|  | Nunca                      | Casi Nunca                 | A veces                    | Casi siempre               | Siempre                    |
| 12. ¿Con qué frecuencia mostraron interés los doctores en sus sentimientos?                      | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Con qué frecuencia le trataron realmente los doctores con respeto?                          | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Con qué frecuencia le trataron los doctores como si usted fuera un ser igual?               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Con qué frecuencia le pusieron menos atención los doctores debido a su raza o grupo étnico? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Con qué frecuencia sintió usted que lo(a) discriminaron por su raza o grupo étnico?         | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**C. ONLINE HEALTH INFORMATION SEEKING**

**Para cada una de estas declaraciones conteste Sí o No. Durante los últimos 12 meses, ¿ha usado usted una computadora, un teléfono smartphone (celular o móvil) u otro medio electrónico para hacer alguna de las siguientes:**

- |  |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|
|  | Sí                         | No                         |
| 17. Buscar información médica o de salud para usted mismo(a) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 18. Buscar información médica o de salud para otra persona   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 19. Comprar medicamentos o vitaminas utilizando el Internet  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

- |  | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 20. Buscar asistencia para el cuidado que usted provee a otra persona                                    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 21. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarse con un médico o con un consultorio medico | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 22. Mantenerse informado(a) de los cargos y costos del cuidado de la salud                               | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 23. Vio los resultados de pruebas que le han hecho   | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

**D. PATIENT-CLINICIAN COMMUNICATION THROUGH EHR PORTALS**

**Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con el uso de portales del paciente. El portal del paciente es un sitio seguro en la internet, que da acceso fácil a su información de salud personal desde cualquier lugar durante las 24 horas.**

24. ¿Tienen en su clínica o consultorio de su médico un portal electrónico para los pacientes?  
 1 Sí  
 2 No  
 3 No sé
25. ¿Alguna vez ha usado usted el portal del paciente sola, sin ayuda?  
 1 Sí  
 2 No
26. ¿Alguna vez ha usado usted el portal del paciente con ayuda de otra persona?  
 1 Sí  
 2 No **[IF Q25 and Q26 = 0 "NO" Go to Q32]**

**Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor responda con Sí o No.**

- | <b>Alguna vez ha usado usted el portal del paciente para:</b>                               | <b>Sí</b>                  | <b>No</b>                  |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 27. Pedir que le vuelvan a surtir su medicamento por receta                                 | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| 28. Pedir una cita con su médico  | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| 29. Pedir una derivación o referencia para un especialista o para una prueba de seguimiento | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| 30. Enviarle un mensaje a su doctor sobre un síntoma o problema                             | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |
| 31. Leer notas en su expediente médico sobre su visita                                      | 1 <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 2 |

**SELF-REPORTED HEALTH LITERACY**

**Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su experiencia con la información escrita que usted puede recibir en una clínica u hospital.**

- |   | Nunca                      | Casi nunca                 | A veces                    | Casi siempre               | Siempre                    |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 32. ¿Qué tan seguido tiene usted a un familiar, un amigo(a), un empleado(a) del hospital o la clínica u otra persona que le ayude a leer documentos del hospital o clínica? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| 33. ¿Qué tan seguido tiene problemas aprendiendo sobre su condición médica porque es difícil entender información escrita?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |



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

0	3
---	---

0	1
---	---

Piense en su vecindario en total. Le voy a leer una lista de situaciones que puede ser que existan en su vecindario. Responda usando *Problema muy grave, Problema grave, Problema menor, o No es realmente un problema* para cada una de estas situaciones en su vecindario. Seleccione solamente una respuesta.

	Problema muy grave	Problema grave	Problema menor	No es realmente un problema
43. Ruido excesivo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
44. Mucho tráfico o automóviles que van a alta velocidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
45. Falta de acceso a compra adecuada de alimentos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
<b>[ FOR INTERVIEWER: Repeat response options ]</b>				
46. 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"/>
47. Basura y desperdicios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
48. Falta de aceras (banquetas) o aceras (banquetas) en mal estado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
49. La violencia	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**[BFE-Behavior and Finance Q50-67]**

**F. BEHAVIOR**

**SLEEP DISTURBANCE**

Las siguientes preguntas tratan de sus hábitos de dormir. Seleccione la respuesta que mejor describa con qué frecuencia se ha encontrado en la situación durante los últimos 7 días. En los últimos 7 días...

	Muy mala	Mala	Pasable	Buena	Muy buena
50. La calidad de mi sueño fue....	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas tratan de sus hábitos de dormir. Por favor, responda usando: *Para Nada, Un poco, Algo, Mucho, o Muchísimo*. Seleccione la respuesta que mejor describa con qué frecuencia se ha encontrado en la situación durante los últimos 7 días.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
51. Mi sueño fue reparador.	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
52. Tuve problemas para dormir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
53. Tuve dificultad para dormirme.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

54. ¿Durante las últimas 4 semanas, como promedio, ¿cuántas horas durmió usted cada noche?

Más de 9 horas	0 <input type="checkbox"/>
8 a 9 horas	1 <input type="checkbox"/>
7 a menos de 8 horas	2 <input type="checkbox"/>
6 a menos de 7 horas	3 <input type="checkbox"/>
Menos de 6 horas	4 <input type="checkbox"/>

**ALCOHOL USE**

Las siguientes preguntas son acerca de tomar bebidas alcohólicas. Están incluidos cerveza, vino, sangría, licores (tales como ron, ginebra, vodka, o whiskey) o cualquier otro tipo de bebida alcohólica. No se debe incluir tomar pocos sorbitos de bebida alcohólica con propósitos religiosos.

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

55. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia tomó usted algún tipo de bebida alcohólica? (Por bebida, quiero decir una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una onza y media de licor.)  
Seleccione solamente una frecuencia.

- Todos los días  0
- 5 a 6 veces a la semana  1
- 3 a 4 veces a la semana  2
- Dos veces a la semana  3
- Una vez por semana  4
- 2 a 3 veces al mes  5
- Una vez al mes  6
- 3 a 11 veces en el último año  7
- 1 o 2 veces en el último año  8
- No he tomado alcohol en los últimos 12 meses  9 **[GO TO QUESTION 59]**

56. En los últimos 12 meses, en esos días en que usted tomó algún tipo de bebida alcohólica, como promedio, ¿cuántas bebidas tomó usted? (Por bebida, quiero decir una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una onza y media de licor.)

(If less than 1 drink enter "1", If 95 drinks or more enter "95")

57. ¿Cuántos días de los últimos 30 días tomó usted **[if Male SAY 5; if Female SAY 4]** o más bebidas alcohólicas en un solo día? **[Interviewer: probe for response]**

(Enter "0" for none)

58. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó usted **[if Male SAY 5; if Female Say 4]** o más bebidas alcohólicas de cualquier tipo, en un período de aproximadamente dos horas?

(Enter "0" for never)

**PHYSICAL ACTIVITY**

**Le voy a hacer preguntas sobre el tiempo que usted pasa haciendo diferentes tipos de actividad física durante una semana típica. Por favor, conteste estas preguntas incluso si usted no se considera una persona físicamente activa. Piense en las actividades que realiza para llegar de un lugar a otro y en su tiempo libre para recreación, ejercicio o deporte.**

**Piense en todas las actividades de intensidad vigorosa que requieren un gran esfuerzo físico que realiza en una semana típica. Las actividades de intensidad vigorosa le hacen respirar mucho más fuerte de lo normal. Estas pueden incluir levantar objetos pesados, correr, andar en bicicleta, ejercicios aeróbicos o subir las escaleras. Piense solo en esas actividades de intensidad vigorosa que hace por lo menos durante 10 minutos a la vez.**

59. En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad vigorosa que le aumentan mucho la respiración o los latidos del corazón tales como correr, andar en bicicleta, ejercicios aeróbicos o actividades en el trabajo durante al menos 10 minutos seguidos?

Días a la semana [if less than 1 day per week enter "0" and **GO TO QUESTION 61]**

60. En los días que usted realiza estas actividades de intensidad vigorosa durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo (en minutos) pasa realizándolas?

Minutos

**Ahora piense en las actividades de intensidad moderada que realiza en una semana típica . Las actividades de intensidad moderada le hacen respirar un poco más fuerte de lo normal y pueden incluir actividades como cargar objetos ligeros o caminar rápido. Otra vez, piense solo en las actividades de intensidad moderada que hace por lo menos durante 10 minutos a la vez.**

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

61. ¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada que le aumentan un poco la respiración o los latidos del corazón tales como caminar rápido durante al menos 10 minutos seguidos?

Días a la semana [=“0” if less than 1 day per week and **GO TO QUESTION 63**]

62. En los días que usted realiza estas actividades de intensidad moderada durante al menos 10 minutos seguidos, ¿cuánto tiempo (en minutos) pasa realizándolas?

Minutos

## G. INSECURITY

### FINANCIAL INSECURITY

**A continuación, le voy a preguntar si usted ha tenido algún problema para cubrir sus gastos y manejar sus finanzas durante los últimos 12 meses. Por favor responda *sí o no*.**

- |  | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 63. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿hubo alguna vez en la que usted no tuvo suficiente dinero para cubrir sus necesidades diarias? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 64. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿hubo alguna vez en la que usted no tuvo suficiente dinero para pagar sus cuentas mensuales?    | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

### HOUSING INSECURITY

**A continuación, le voy a preguntar sobre su situación de vivienda durante los últimos 12 meses. Por favor responda *sí o no*.**

- |  | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 65. <u>En los últimos 12 meses</u> , ¿hubo alguna vez que no tuvo suficiente dinero para pagar su renta, préstamo de la casa u otros gastos de su vivienda?  | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 66. <u>Durante los últimos 12 meses</u> , ¿alguna vez usted no tuvo una vivienda regular, vivió en un refugio (shelter) para personas sin hogar porque no tenía otro lugar a donde ir o vivió en un lugar que normalmente no se usa para dormir, como la calle o un automóvil? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

### FOOD INSECURITY

**La siguiente pregunta trata sobre si siempre pudo pagar la comida que usted necesitaba durante los últimos 30 días. Por favor responda *sí o no*.**

- |  | Sí                         | No                         |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 67. <u>En los últimos 30 días</u> , ¿alguna vez tuvo hambre pero no comió porque no le alcanzaba el dinero para la comida? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

**[SIS-Sensitive Information Q68-102]**

0c. Completion Date: / /

0d. Staff ID:

**H. SENSITIVE TOPICS**

**COGNITIVE FUNCTION**

**Voy a leer algunas declaraciones sobre las emociones que puede haber experimentado en los últimos 7 días. Por favor, responda a cada declaración diciendo *Nunca, Rara vez, Algunas veces, A menudo, o Muy a menudo*. Elija solo una respuesta.**

	Nunca	Rara vez (una vez)	Algunas veces (dos o tres veces)	A menudo (como una vez al día)	Muy a menudo (varias veces al día)
<b>En los últimos 7 días...</b>					
68. He pensado con lentitud	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
69. Me parecía como si mi cerebro no estuviera funcionando tan bien como de costumbre	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
70. He tenido que esforzarme más que de costumbre para seguir el hilo de lo que estaba haciendo	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
71. He tenido problemas para alternar entre actividades distintas que requieren pensar	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

**SOCIAL ISOLATION**

**Voy a leer una lista de algunas emociones que puede haber experimentado. Por favor, responda a cada pregunta diciendo *Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre o Siempre*. Seleccione solo una respuesta.**

	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
72. Me siento excluido(a)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
73. Siento que las personas apenas me conocen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
74. Me siento aislado(a) de otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
75. Siento que las personas están a mi alrededor pero no conmigo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**I. STRESS**

**CHRONIC STRESS**

**Muchas personas tienen algún problema persistente en su vida diaria (cotidiana). Por favor dígame si alguna de las situaciones que se indican a continuación han representado un problema para usted.**

76. ¿Ha tenido usted algún problema de salud grave continuo? 0  No **GO TO QUESTION 77**  
1  Sí
- a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más? 0  No  
1  Sí
- b. Diría que este problema ha sido 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

77. ¿Alguien cercano a usted ha tenido algún problema de salud grave continuo?

- 0  No **GO TO QUESTION 78**  
1  Sí

a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?

- 0  No  
1  Sí

b. Diría que este problema ha sido

- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

78. ¿Ha tenido recientemente dificultades persistentes en su trabajo o problemas en su capacidad para trabajar?

- 0  No **GO TO QUESTION 79**  
1  Sí

a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?

- 0  No  
1  Sí

b. Diría que este problema ha sido

- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

79. ¿Ha experimentado problemas económicos de manera continua?

- 0  No **GO TO QUESTION 80**  
1  Sí

a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?

- 0  No  
1  Sí

b. Diría que este problema ha sido

- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

80. ¿Ha tenido problemas continuos en una relación personal con alguien cercano a usted?

- 0  No **GO TO QUESTION 81**  
1  Sí

a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?

- 0  No  
1  Sí

b. Diría que este problema ha sido

- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

81. ¿Alguien cercano a usted ha tenido un problema continuo con alcohol o uso de drogas?

- 0  No **GO TO QUESTION 82**  
1  Sí

a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?

- 0  No  
1  Sí

b. Diría que este problema ha sido

- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

82. ¿Ha ayudado a alguien cercano a usted que tiene limitaciones, enfermedades o que se encuentra delicado de salud?
- 0  No **GO TO QUESTION 83**  
1  Sí
- a. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?
- 0  No  
1  Sí
- b. Diría que este problema ha sido
- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante
83. ¿Ha tenido algún otro problema continuo que no se haya mencionado aquí?
- 0  No **GO TO QUESTION 84**  
1  Sí
- a. Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_
- b. ¿Ha sido esto un problema durante seis meses o más?
- 0  No  
1  Sí
- c. Diría que este problema ha sido
- 1  No muy estresante  
2  Moderadamente estresante  
3  Muy estresante

### STRESS OF IMMIGRATION SCALE

**A continuación, se presenta una lista de frases sobre cómo podría sentirse por ser hispano/latino en los Estados Unidos. Por favor dígame el nivel de estrés o preocupación que ha sentido en los últimos 3 meses. Por favor, responda a cada pregunta diciendo: No estrés, Un poco de estrés, Bastante estrés, Mucho estrés o Muchísimo estrés.**

En los últimos 3 meses...	No estrés	Un poco de estrés	Bastante estrés	Mucho estrés	Muchísimo estrés
84. ¿Cuánto estrés o preocupación le ha causado el que no pueda comunicarse en inglés lo suficientemente bien para disfrutar de la vida en este país?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
85. ¿Cuánto estrés o preocupación le ha causado el que usted tenga problemas por falta de documentos (papeles) y no pueda obtener las cosas que usted y su familia necesitan?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
86. ¿Cuánto estrés o preocupación le ha causado el que usted no tenga un trabajo donde pueda tomar tiempo libre cuando lo necesite (días de enfermedad o vacaciones)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
87. ¿Cuánto estrés o preocupación ha sentido usted porque tiene miedo de que sus amigos o familiares puedan ser detenidos o deportados debido a su estado migratorio en los Estados Unidos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### ETHNIC DISCRIMINATION

**¿Cuán a menudo le ha pasado a usted lo siguiente, debido a su procedencia étnica o racial?**

88. ¿Con qué frecuencia las personas lo(a) tratan injustamente porque usted es hispano(a) o latino(a)?
- 0  Nunca  
1  A veces

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

- 2  Con frecuencia  
3  Siempre

## BRIEF RESILIENCE SCALE

**Le voy a leer unas afirmaciones relacionadas a persistencia. Por favor responda diciendo: Totalmente en acuerdo, En acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, o Totalmente en desacuerdo.**

	Totalmente en acuerdo	En acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
89. Suelo recuperarme rápidamente después de pasar por situaciones difíciles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
90. Me cuesta pasar por eventos estresantes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
91. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>[ FOR INTERVIEWER: Repeat response options ]</b>					
92. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
93. Generalmente paso las situaciones difíciles sin mucha dificultad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
94. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que ocurren en mi vida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## DEPRESSION SCREENER

**A continuación, hay una lista de frases que describen algunas de las maneras cómo usted pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante las últimas 2 semanas. Por favor, responda a cada pregunta diciendo: Ningún día, Varios días, Más de la mitad de los días, Casi todos los días.**

**Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
95. Tener poco interés o placer en hacer las cosas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
96. Sentirse desanimado(a), deprimido(a) o sin esperanza.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
97. Tener problemas para quedarse dormido(a) o dormir demasiado.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
98. Sentirse cansado(a) o tener poca energía.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>[ FOR INTERVIEWER: Repeat response options ]</b>				
99. Tener poco apetito o comer en exceso.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
100. Sentirse mal sobre sí mismo – o que es un fracaso o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
101. Tener dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o mirar la televisión.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

Ningún día      Varios días      Más de la mitad de los días      Casi todos los días

102. Moverse o hablar tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta — o lo contrario, estar tan agitado(a) o inquieto(a), que usted se mueve mucho más de lo normal.

0       1       2       3

**[SMS-Sexuality and Gender Identity Q-103-107]**

**J. SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY**

**PART 1. SOGI SCREENING QUESTIONS FOR SGM SOL**

**Las siguientes preguntas son acerca de su orientación sexual e identidad de género.**

103. ¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original?

- 1  Masculino
- 2  Femenino

104. Algunas personas tienen un género actual que es diferente de su sexo al nacer. En actualidad se considera:

- 1  Hombre (incluido hombre trans)
- 2  Mujer (incluido mujer trans)
- 3  Género no binario
- 4  Alguna otra identidad

**Interviewer: If asked about definition of género no binario: algunas personas se consideran a sí mismas como género no binario cuando no se identifican solo como un hombre o solo como una mujer.**

105. ¿A qué edad se identificó por primera vez con su género actual?  edad en años

**[Enter 00 if Always identified as my current gender, 98 for don't know, and 99 for refused]**

106. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene una diferencia de desarrollo sexual (DSD) o una condición intersexual?

- 0  No
- 1  Sí
- 8  No sé

107. Las personas son diferentes con respecto a su atracción sexual hacia otras personas. ¿Alguna vez se ha sentido sexualmente atraído por alguien del mismo sexo?

- 0  No      **Go to Question 108**
- 1  Sí
- 8  No sé      **Go to Question 108**

107a. ¿A qué edad sintió atracción por alguien del mismo sexo por primera vez?

edad en años

**[Enter 98 for don't know, and 99 for refused]**

**Interviewer:** If this is a Visit 3 phone interview, please check the box below. The remaining questions will be completed at a later date as part of either an SGM SOL interview or a Visit 3 in person interview.

- No, This is a visit 3 in-person interview      **[Go to Question 108]**
- Yes, This is a visit 3 phone interview      **[End Screening]**

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

**[END SGM SOL SCREENING QUESTIONS]**

**[SOS-Sexuality and Gender Identity Part 2 Q108-114]**

**PART 2. ADDITIONAL SOGI QUESTIONS FOR SGM SOL AND NIMHD.**

108. Las personas son diferentes con respecto a su atracción sexual hacia otras personas. Aunque no haya tomado una acción basado en su sentir, ¿cuál de estas opciones describe mejor lo que usted siente? A usted:
- 1  Solamente le atraen sexualmente las mujeres, nunca hombres
  - 2  Principalmente le atraen sexualmente las mujeres y por lo menos una vez un hombre
  - 3  Le atraen sexualmente las mujeres y los hombres por igual
  - 4  Principalmente le atraen sexualmente los hombres y por lo menos una vez una mujer
  - 5  Solamente le atraen sexualmente los hombres, nunca mujeres
  - 6  Nunca se ha sentido atraída (atraído) sexualmente hacia nadie
  - 8  No esta seguro/a
109. En su vida, ¿han sido sus parejas románticas
- 1  Solo hombres
  - 2  Solo mujeres
  - 3  Hombres y mujeres
  - 4  No he tenido relaciones románticas
  - 5  Otros géneros
  - 8  No sé
110. Se considera usted:
- 1  Straight/Heterosexual, no gay **Go to Question 111**
  - 2  Lesbiana **Go to Question 111**
  - 3  Gay **Go to Question 111**
  - 4  Bisexual **Go to Question 111**
  - 5  Otra orientación
  - 8  No sé o no estoy seguro/a
- 110a. Por favor explique:
- 1  Se considera otra identidad como queer /pansexual /amante del mismo género / “two spirit”
  - 2  No ha determinado su sexualidad o está en el proceso de determinarla
  - 3  No considera que tiene sexualidad
  - 4  No usa etiquetas para identificarse
  - 5  No entiende las palabras o términos utilizados

**Interviewer note: If asked about definitions, they are as follows:**

**Heterosexual/Straight:** Orientación sexual que describe a mujeres que sienten atracción emocional y sexual hacia hombres, y a hombres que sienten atracción emocional y sexual hacia mujeres.

**Lesbiana (lesbianismo):** La orientación sexual que describe a una mujer que es atraída emocional y sexualmente hacia otras mujeres.

**Gay:** Una orientación sexual que describe a una persona que es atraída emocional y sexualmente hacia individuos de su mismo sexo. Puede usarse independientemente de la identidad de género, pero se usa más comúnmente para describir a un hombre.

**Bisexual:** Una orientación sexual que describe a una persona que se siente atraída emocional y sexualmente tanto hacia personas de su propio género como hacia personas de otros géneros.

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

FORM CODE: NIMHD  
VERSION: 3, 2/18/2022

Contact  
Occasion

0	3
---	---

Occurrence

0	1
---	---

111. ¿Se considera transgénero?

- 1  No
- 2  Sí, transgénero, hombre a mujer
- 3  Sí, transgénero, mujer a hombre
- 4  Sí, transgénero, no me identifico ni sólo como hombre ni sólo como mujer
- 8  No sé o no estoy seguro/a

**Interviewer note: If asked about definition of transgénero: Algunas personas se describen a sí mismas como transgénero cuando tienen una identidad de género distinta al sexo con el cual nacieron. Por ejemplo, una persona que haya nacido con un cuerpo de hombre, pero que se siente como mujer o vive como mujer sería transgénero. Algunas personas transgénero cambian su apariencia física para que concuerde con su identidad de género interior. Algunas personas transgénero toman hormonas y algunas se han hecho alguna operación. Una persona transgénero puede tener cualquier orientación sexual: heterosexual, gay, lesbiana o bisexual.**

**If asked about definition no me identifico ni solo como hombre ni solo como mujer: algunas personas consideran que no se clasifican con ningún género (sexo) cuando no se identifican ni como puramente hombre ni como puramente mujer.**

112. En los últimos 12 meses, ¿con quién ha tenido relaciones sexuales?

- 1  Solo con un hombre o hombres
- 2  Solo con una mujer o mujeres
- 3  Con un hombre y una mujer o hombres y mujeres
- 4  No he tenido relaciones sexuales
- 5  Otros géneros

## HORMONE USE

**Instructions: Complete if Q103≠Q104, or Q106=1 or Q111=2, 3, or 4**

113. ¿Alguna vez ha tomado hormonas para su identidad de género, transición de género o una transición intersexual?

- 0  No      **End Form**
- 1  Sí
- 8  No sé      **End Form**

113a. ¿A qué edad comenzó por primera vez el tratamiento hormonal (ya sea con receta o alguna otra fuente)?

edad en años

**[Enter 00 if started hormone treatment at birth, 98 for don't know, and 99 for refused]**

114. ¿Toma actualmente hormonas para su identidad de género, transición de género o una transición intersexual?

- 0  No
- 1  Sí
- 8  No sé