



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 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 Chronic Stress

ID NUMBER:								FORM CODE: STS VERSION: 1, 9/5/2014	Contact Occasion	0	2	SEQ #	
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------	---	---	-------	--

## **ADMINISTRATIVE INFORMATION**

0a. Completion Date:  /  /   /   /   0b. Staff ID:

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

## **Chronic Stress**

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

1. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad continua?

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

1a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No 0   
Sí 1

1b. Diría que este problema le ha causado

Cierto estrés      1   
Bastante estrés    2   
Mucho estrés       3

2. ¿Ha tenido alguien cercano a usted con alguna enfermedad prolongada?

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

2a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No 0   
Sí 1

2b. Diría que este problema le ha causado a usted \_\_\_\_\_

Cierto estrés                    1   
Bastante estrés                2   
Mucho estrés                  3

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

No      0  → **GO TO QUESTION 4**  
Sí      1

3a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No 0   
Sí 1

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

FORM CODE: STS  
VERSION: 1, 9/5/2014Contact  
Occasion0  2 

SEQ #

--	--

3b. Diría que este problema le ha causado

Cierto estrés	1 <input type="checkbox"/>
Bastante estrés	2 <input type="checkbox"/>
Mucho estrés	3 <input type="checkbox"/>

4. ¿Ha tenido recientemente problemas importantes de dinero?  
No 0  → **GO TO QUESTION 5**  
Sí 1

4a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí	1 <input type="checkbox"/>

4b. Diría que este problema le ha causado

Cierto estrés	1 <input type="checkbox"/>
Bastante estrés	2 <input type="checkbox"/>
Mucho estrés	3 <input type="checkbox"/>

5. ¿Ha tenido recientemente problemas en una relación personal con alguien cercano a usted?  
No 0  → **GO TO QUESTION 6**  
Sí 1

5a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí	1 <input type="checkbox"/>

5b. Diría que este problema le ha causado

Cierto estrés	1 <input type="checkbox"/>
Bastante estrés	2 <input type="checkbox"/>
Mucho estrés	3 <input type="checkbox"/>

6. ¿Alguien cercano a usted ha tenido un problema continuo con alcohol o uso de drogas?  
No 0  → **GO TO QUESTION 7**  
Sí 1

6a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí	1 <input type="checkbox"/>

6b. Diría que este problema le ha causado

Cierto estrés	1 <input type="checkbox"/>
Bastante estrés	2 <input type="checkbox"/>
Mucho estrés	3 <input type="checkbox"/>

7. ¿Usted ha ayudado al menos a alguien cercano que tiene limitaciones, enfermedades o alguna debilidad, en forma regular?

No 0  → **GO TO QUESTION 8**  
Sí 1

7a. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

No	0 <input type="checkbox"/>
Sí	1 <input type="checkbox"/>

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

7b. Diría que este problema le ha causado

- Cierto estrés      1   
Bastante estrés    2   
Mucho estrés       3

8. ¿Ha tenido algún otro problema continuo **que no fué mencionado aquí?**

- No      0  → **End Questionnaire**  
Sí      1

8a. Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

8b. ¿Ha sido un problema durante seis meses o más?

- No      0   
Sí      1

8c. Diría que este problema le ha causado

- Cierto estrés      1   
Bastante estrés    2   
Mucho estrés       3