



HCHS/SOL Annual Follow-Up Interview General Health Status Spanish – GHS

ID NUMBER:

FORM CODE: GHS
VERSION: 3, 3/5/2025

Contact Occasion

Occurrence 0 1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up forms. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. when appropriate.

INTRODUCTION

Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (*interviewer name*), y estoy llamando para hablar con (*participant name*) para un seguimiento acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos (SOL), un estudio sobre la salud en el cual él/ella está registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?

No → ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? Gracias. Volveré a llamar.

Sí → Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, (*participant name*), mi nombre es (*interviewer name*) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos (SOL).

Estamos muy agradecidos por su contribución al entendimiento de la salud hispana (latina).

Estoy llamando para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica que le hicimos y para actualizar nuestros registros del estudio. ¿Tiene unos minutos para hablar por teléfono?

No → ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente? Gracias. Volveré a llamar.

Sí → Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido durante el último año. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que le hicimos la entrevista telefónica el (*date of last follow-up call*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó desde el (*date of last follow-up call*) hasta el día de hoy.

A. GENERAL HEALTH STATUS

1. Participant status (choose one)

Participant contacted and alive, agrees to interview 1 → **Go to Q2**

Participant contacted and refused interview 2 → **Go to Contact Information form, Q49**

Alternate designated respondent contacted, reported alive 3 → **Go to Hospitalizations (HOS) form, Q3**

Other informant contacted, reported alive 4 → **Go to Contact Information form, Q49**

Not contacted, reported deceased 5 → **Continue to Q1a**

Unknown 9 → **Go to Contact Information form, Q49**

1a. ¿Cuál es la fecha del fallecimiento? / / (mm/dd/yyyy)

1b. ¿Dónde falleció; me puede decir la ciudad, el estado y el país?

1b1. Ciudad _____

1b2. Estado _____

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

FORM CODE: GHS
VERSION: 3, 3/5/2025

Contact
Occasion

--	--

Occ #	0	1
-------	---	---

1b3. País _____

1c. ¿Usted sabe si (*insert decedent's name*) fue hospitalizado o visitó una sala de emergencia por alguna razón desde el (*date of last time interviewed*) y/o antes de fallecer?

No 0 → **End interview**

Sí 1 → **Record date and name of each hospitalization and/or ER visit in the HOS form. End interview after last event is reported.**

2. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿diría usted que, en general, su salud es...?

- Excelente 1
- Muy buena 2
- Buena 3
- Regular 4
- Mala 5



HCHS/SOL Annual-Follow Up Interview Hospitalizations and ER Visits – HOS

ID NUMBER:

FORM CODE: HOS
VERSION: A, 2/11/2025

Contact Occasion

Occurrence

B. HOSPITALIZED AND EMERGENCY ROOM VISITS

“La siguiente serie de preguntas trata sobre hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia en alguna ocasión desde su última entrevista telefónica el (date)”. [Note: This section will repeat depending upon number of reported events.]

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿ha sido admitido(a) a un hospital o ha visitado una sala de emergencia en alguna ocasión?

No 0 → Go to **Outpatient Self Report form (OPS), Q5**

Yes 1

Unsure 9 → Go to **Outpatient Self Report form (OPS), Q5**

“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empecemos por identificar la primera que ocurrió desde la última entrevista telefónica con usted el día (date)”

4. ¿Fue esta visita a la sala de emergencia solamente, o fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital solamente, o fue una visita a la sala de emergencia que resultó en que fuera admitido(a) al hospital?

Sala de Emergencia (only) 1

Admisión al Hospital (only) 2

Ambas 3

Unsure 9

4a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual fue a (insert emergency room or hospital) ese día? [check one. DO NOT READ CHOICES]

Infarto de miocardio, ataque al corazón 0

Angina de pecho, dolor de pecho 1

Insuficiencia cardíaca o falla cardíaca 2

Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio 3

Enfermedad vascular periférica 4

Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar 5

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica o enfisema 6

Asma 7

Otro (specify below) 8

Relacionado a embarazo, parto, complicación de embarazo 9

COVID-19, COVID, SARS-CoV-2, el coronavirus 10

4a1. Si otro, especifique: _____

4b. ¿Me puede decir la fecha en la que ocurrió esta hospitalización o visita a la sala de emergencia?

/ / (mm/dd/yyyy)

4c. ¿Cómo se llama el hospital?: _____

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

FORM CODE: HOS
VERSION: A, 2/11/2025

Contact
Occasion

--	--

Occ #

0	1
---	---

4d. ¿Cuál es la dirección de este hospital?: _____
(Leave blank if unknown)

4e. Para asegurarnos de que tenemos la información correcta, ¿bajo qué nombre está su expediente médico?

4e1. Primer nombre: _____

4e2. Segundo nombre: _____

4e3. Apellido paterno: _____

4e4. Apellido materno: _____

4f. ¿Fue admitido(a) {*ingresado(a), internado(a)*} a un hospital o visitó una sala de emergencia en alguna otra ocasión desde la última entrevista telefónica del estudio?

No 0 → **Go to Outpatient Self-Report form (OPS), Q5**

Sí 1 → **REPEAT DATA COLLECTION ON NEW OCCURRENCE OF HOS.**



HCHS/SOL Annual Follow-Up Interview

Outpatient Self-Reported Conditions – OPS

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

FORM CODE: OPS
VERSION: A, 3/3/2025

Contact
Occasion

--	--

Occurrence

0	1
---	---

C. OUTPATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle sobre condiciones que le hayan motivado a que fuera a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, sin tener que ser admitido(a) al hospital y sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

No 0 → **Go to Q6**

Sí 1

Unsure 9 → **Go to Q6**

¿Ordenó su médico o profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

- 5a. ¿Prueba respiratoria o prueba de función pulmonar?

No 0

Sí 1

Unsure 9

- 5b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0

Sí 1

Unsure 9

- 5c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?

No 0

Sí 1

Unsure 9

- 5d. ¿Le dijo un médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica, o estaba empeorando?

No 0 → **Go to Q6**

Sí 1

Unsure 9 → **Go to Q6**

- 5e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recomendó un cambio en sus medicamentos (por ejemplo, le aumentó la dosis o frecuencia de los inhaladores) o le recetó corticosteroides en píldoras (por boca) para sus pulmones?

No 0

Sí 1

Unsure 9

6. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma?

No 0 → **Go to Q7**

Sí 1

Unsure 9 → **Go to Q7**

¿Ordenó su médico u otro profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

- 6a. ¿Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar?

No 0

Sí 1

Unsure 9

- 6b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0

Sí 1

Unsure 9

6c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?
 No 0 Sí 1 Unsure 9

6d. ¿Le dijo el médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de asma o que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?
 No 0 → **Go to Q7** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q7**

6e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recomendó un cambio en sus medicamentos (por ejemplo, le aumentó la dosis o frecuencia de los inhaladores) o le recetó corticosteroides en píldoras (por boca) para sus pulmones?
 No 0 Sí 1 Unsure 9

7. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o glucosa alta en la sangre?
 No 0 → **Go to Q8** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q8**

7a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?
 No 0 → **Go to Q8** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q8**

7b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (**DO NOT PROMPT FOR SPECIFIC RESPONSE. Mark all that apply**)

- 7b1. Píldoras
- 7b2. Insulina solamente
- 7b3. Insulina y píldoras
- 7b4. Fue referido (a) para un examen de la vista
- 7b5. Recomendación de hacer cambios en la dieta
- 7b6. Recomendación de dejar de fumar
- 7b7. Recomendación de hacer más ejercicios
- 7b8. Otro
- 7b9. Especifique: _____

8. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene la presión sanguínea alta o hipertensión?
 No 0 → **Go to Q9** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q9**

8a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?
 No 0 → **Go to Q9** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q9**

8b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (**DO NOT PROMPT FOR SPECIFIC RESPONSE. Mark all that apply**)

- 8b1. Empezar a tomar un medicamento nuevo
- 8b2. Aumentar la dosis de medicamentos que toma actualmente
- 8b3. Recomendación de bajar de peso



HCHS/SOL Annual Follow-Up Interview

Contact Information Update Spanish – CIS

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact Occasion		
------------------	--	--

Occurrence	0	1
------------	---	---

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en SOL. Ahora, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día.

G. PARTICIPANT TRACKING

“Es sumamente importante para este estudio que en el futuro podamos comunicarnos con usted. Entendemos que usted dio su información de contacto en su visita al centro, pero para mantener nuestros archivos al día necesitamos confirmar su información actual. Toda información que usted nos provea se mantendrá en estricta confidencialidad y no será compartida con ninguna otra persona o entidad.”

49. Dirección actual

Interviewer: Current tracking information from SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided. If the participant lives at several locations, enter where he or she lives most. If the exact address is unknown, enter the name of the intersection or street closest to the home location in 49.c.2. and the name of the building or location in 49.e.1. If the only known home address is a Post Office Box, Box, or Route and number, enter it in 49.a.1., but also enter the name of the intersection or street closest to the actual home location in 49.c.2. For apt number and/or any other additional information use 49.e.1.

49.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

49.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49.C.2. **Street Name**

49.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

49.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49.F.1. City

49.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49.H.1. State

--	--

49.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact Occasion

--	--

Occ #

0	1
---	---

56 B 2 Street Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56.C.2. Street Name

56.C.3. Street Name Type

--	--	--	--

56.E.1. Other

56.F.1. City

56.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56.H.1. State

--	--

56.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

56.J.1. Zip Code

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

57. Teléfono: + () -

57a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

Local Contact 2

58. a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

d. Apellido: _____

59. Relación: _____

59a. ¿Es este un contacto alternativo designado (ADR)? No 0 Sí 1

60. Current home address of secondary contact

Interviewer: If the person lives at several locations, enter where he or she lives most. If the exact address is unknown, enter the name of the intersection or street closest to the home location in 60.c.2. For apt number and/or any other additional information use 60.e.1.

If the only known home address is a Post Office Box, Box, or Route and number, enter it in 60.a.1., but also enter the name of the intersection or street closest to the actual home location in 60.c.2. For apt number and/or any other additional information use 60.e.1.

60.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact Occasion

--	--

Occ #

0	1
---	---

60.B.2. Street Number

60.C.2. Street Name

60.C.3. Street Name Type

--	--	--	--

60.E.1. Other

60.F.1. City

60.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.H.1. State

--	--

60.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

60.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

61. Número de teléfono principal: + () -

61a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

Local Contact 3

62. a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

d. Apellido: _____

63. Relación: _____

63a. ¿Es este un contacto alternativo designado (ADR)? No 0 Sí 1

64. Current home address of third contact

Interviewer: If the person lives at several locations, enter where he or she lives most. If the exact address is unknown, enter the name of the intersection or street closest to the home location in 64.c.2. For apt number and/or any other additional information use 64.e.1.

If the only known home address is a Post Office Box, Box, or Route and number, enter it in 64.a.1., but also enter the name of the intersection or street closest to the actual home location in 64.c.2. For apt number and/or any other additional information use 64.e.1.

64.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact Occasion

--	--

Occ #

0	1
---	---

64.B.2. Street Number

64.C.2. Street Name

64.C.3. Street Name Type

--	--	--	--

64.E.1. Other

64.F.1. City

64.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.H.1. State

--	--

64.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

64.J.1. Zip Code

						-			
--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

65. Teléfono: + () -

65a. Este número es: Cell Phone 1 Home Phone 2

66. En esta sección de la entrevista, tengo una última pregunta. ¿Cuál es el nombre de su médico o profesional de la salud?

a. Name: _____

b. Address: _____

c. City: _____, State: _____, Zip Code: _____

“Muchas gracias por contestar todas estas preguntas sobre su salud. Nos gustaría mantenernos en contacto con usted; nos estaremos comunicando con usted el año que viene”

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact
Occasion

--	--

Occ #	0	1
-------	---	---

Location Codes for Questions 49, 56, 60, 64

- | | | | | | |
|----|---------------------|----|---------------|----|-----------------|
| 01 | Afghanistan | 25 | France | 49 | Norway |
| 02 | Anguilla | 26 | Germany | 50 | Pakistan |
| 03 | Antigua and Barbuda | 27 | Great Britain | 51 | Panama |
| 04 | Argentina | 28 | Greece | 52 | Paraguay |
| 05 | Aruba | 29 | Guam | 53 | Peru |
| 06 | Australia | 30 | Guatemala | 54 | Philippines |
| 07 | Austria | 31 | Haiti | 55 | Poland |
| 08 | Bangladesh | 32 | Holland | 56 | Portugal |
| 09 | Belgium | 33 | Honduras | 57 | Puerto Rico |
| 10 | Belize | 34 | Hungary | 58 | Russia |
| 11 | Bolivia | 35 | India | 59 | South Africa |
| 12 | Brazil | 36 | Indonesia | 60 | Spain |
| 13 | Canada | 37 | Iran | 61 | Sweden |
| 14 | Chile | 38 | Iraq | 62 | Switzerland |
| 15 | China | 39 | Ireland | 63 | United States |
| 16 | Colombia | 40 | Israel | 64 | Uruguay |
| 17 | Costa Rica | 41 | Italy | 65 | Venezuela |
| 18 | Cuba | 42 | Japan | 66 | Virgin Islands |
| 19 | Czech Republic | 43 | Korea | 67 | Other |
| 20 | Denmark | 44 | Lebanon | 99 | Unknown/refused |
| 21 | Dominican Republic | 45 | Malaysia | | |
| 22 | Ecuador | 46 | Mexico | | |
| 23 | El Salvador | 47 | New Zealand | | |
| 24 | Finland | 48 | Nicaragua | | |

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

FORM CODE: CIS
VERSION: E, 2/14/2025

Contact Occasion		
------------------	--	--

Occ #	0	1
-------	---	---

DO NOT USE THIS SECTION

49.B.1. Street Number Prefix

49.B.3. Street Number Suffix

49.C.1. Street Name Prefix

49.C.4. Street Name Suffix

49.D.1. Unit Type

--	--	--	--

49.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

49.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

49.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--