



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

ID NUMBER:

FORM CODE: GHS
VERSION: 3, 8/7/2025

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 PCIS form**
- Alternate designated respondent contacted, reported alive 3 → **Go to Hospitalizations (HOS) form, Q3**
- Other informant contacted, reported alive 4 → **Go to PCIS form**
- Not contacted, reported deceased 5 → **Continue to Q1a**
- Unknown 9 → **Go to PCIS form**

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, 8/7/2025

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

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, 3/12/2026

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

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

FORM CODE: OPS
VERSION: A, 3/12/2026

Contact
Occasion

--	--

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

- 8b4. Recomendación de hacer cambios en la dieta
- 8b5. Recomendación de dejar de fumar
- 8b6. Recomendación de hacer más ejercicios
- 8b7. Otro 8b8. Especifique: _____

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

- No 0 Sí 1 Unsure 9

If No or Unsure, End Form

9a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 → **Go to Q9** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q9**

If No or Unsure, End Form

9b. ¿Qué tratamiento le recomendaron? (**DO NOT PROMPT FOR SPECIFIC RESPONSE. Mark all that apply**)

- 9b1. Empezar a tomar un medicamento nuevo
- 9b2. Aumentar la dosis de medicamentos que toma actualmente
- 9b3. Recomendación de bajar de peso
- 9b4. Recomendación de hacer cambios en la dieta
- 9b5. Recomendación de dejar de fumar
- 9b6. Recomendación de hacer más ejercicios
- 9b7. Otro 9b8. Especifique: _____



HCHS/SOL Annual Follow-Up Interview Outpatient Revascularization Procedures – RPS

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

FORM CODE: RPS
VERSION: 1, 3/10/2026

Contact
Occasion

--	--

Occurrence

--	--

OUTPATIENT REVASCULARIZATION PROCEDURES

“Ahora me gustaría preguntarle sobre procedimientos que puede haber tenido en un centro de atención ambulatorio o de cirugía ambulatoria, sin haber sido admitido(a) al hospital y sin haber visitado la sala de emergencias”.

10. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿le hicieron un procedimiento quirúrgico para abrir las arterias de su corazón (una angioplastia con balón o colocación de stent)?

No 0 → **Go to Q11** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q11**

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre del centro, la ubicación y la fecha:

10a. Nombre del centro: _____

10b. ¿Se encuentra el centro en los EE.UU.? No 0 Sí 1

10b1. Si no, ubicación del centro (ciudad, estado, país): _____

10c. Ciudad: _____

10d. Estado:

10e. Fecha del procedimiento: / / (*mm/dd/yyyy*)

10f. ¿Le hicieron procedimientos adicionales para abrir las arterias de su corazón desde su última entrevista?

No 0 Sí 1 Unsure 9

If Q10f = “Yes”, repeat data collection on a new occurrence of the RPS.

11. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿le hicieron un procedimiento quirúrgico para abrir las arterias de su cuello (una endarterectomía carotídea, una angioplastia con balón o colocación de stent)?

No 0 → **End Form** Sí 1 Unsure 9 → **End Form**

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre del centro, la ubicación y la fecha:

11a. Nombre del centro: _____

11b. ¿Se encuentra el centro en los EE.UU.? No 0 Sí 1

11b1. Si no, ubicación del centro (ciudad, estado, país): _____

11c. Ciudad: _____

11d. Estado:

11e. Fecha del procedimiento: / / (*mm/dd/yyyy*)

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

FORM CODE: RPS
VERSION: 1, 3/10/2026

Contact
Occasion

--	--

Occ #

--	--

11f. ¿Le hicieron procedimientos adicionales para abrir las arterias de su cuello desde su última entrevista?

No 0

Sí 1

Unsure 9

If Q11f = "Yes", repeat data collection on a new occurrence of the RPS.

Once all instances of coronary or carotid revascularization since last AFU are recorded, read:

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en SOL. Ahora, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Ha habido algún cambio en su dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico; o en los de sus contactos alternativos?

- If No: Open the latest occurrence of the PCIS form in read-only mode and confirm the information with the participant. If the participant indicates that any of their information has changed, close the read-only form. Copy the latest occurrence of the PCIS into a new occurrence and confirm/update the information with the participant.*
- If Yes: Copy the latest occurrence of the PCIS form to a new occurrence and confirm/update the information with the participant.*