



HCHS/SOL- COVID-19 Psychosocial Check-In Wave 2 Spanish (CPSB)

| | | | | | | |
|------------|---|---|------------------|--|------------|---|
| 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: CPSB VERSION: 1, 12/15/2021 | Contact Occasion | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Occurrence | <input type="text"/> <input type="text"/> |
|------------|---|---|------------------|--|------------|---|

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

Instructions: This survey should be administered to all HCHS/SOL eligible participants. Data collection can occur as part of an AFU call (immediately after) or as a separate call. Refer to QXQ for information on how to administer this questionnaire on a separate call or with AFU call. Enter the answer given by the participant for each response. Use the CDART field status to code 'Don't know/refused, Missing, etc.' for those questions that do not list these as an option.

AFU Call Introduction Script:

Gracias por participar en la llamada de seguimiento de SOL. Para ayudarnos a entender como la pandemia del COVID-19 (coronavirus) está afectando a nuestros participantes y sus familias, nos gustaría hacerle algunas preguntas adicionales. Esto tomará 15 minutos.

Separate Call Introduction Script:

Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (interviewer name), y estoy llamando para hablar con (participant name) 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 llamando para saber cómo se encuentra. También queremos saber si nos puede ayudar a entender como la pandemia del COVID-19 (coronavirus) está afectando a nuestros participantes y sus familias. Nos gustaría hacerle algunas preguntas. Esto tomará 10 a 15 minutos.

Esta información será manejada de la misma forma en que hemos manejado otras entrevistas telefónicas. Su participación es voluntaria. Puede negarse a participar o decidir no continuar participando en cualquier momento, por cualquier razón sin poner en riesgo su participación futura en el estudio, su relación con esta institución y/o el investigador principal del estudio.

0c. ¿Le gustaría participar en este momento?

No 0 **[Go to Q01c]**

Sí 1 **[Go to Q0d]**

Reported deceased 2 **[If well informed respondent, ask to complete the CVE/ CVS form] [Complete AFU GHE form]**

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

0c1. Si contesta "No", ¿podemos llamarlo(a) en otro momento para hacerle estas preguntas?

No 0 **[Read script below and Go to 0d.]**

Gracias. Entendemos que estos son momentos difíciles para muchos de los participantes de SOL. ¿Tiene alguna pregunta sobre el COVID-19 o sobre donde puede encontrar información de apoyo? **[use FAQs]**

Muy bien. Por favor, llámenos si necesita información adicional. Muchas gracias por su participación.

Sí 1

0c2. Si contesta "Sí", ¿qué día y a qué hora sería conveniente llamarlo(a)?

i. Día: //

ii. Hora: : **[24-hr format]**

0d. **[INTERVIEWER]** This questionnaire was administered: After AFU interview 1 **[Go to Q2h]**
As a separate call 2

A. Contact Information

Antes de comenzar, ¿podemos verificar su número de teléfono y dirección actual?

1. Tenemos en nuestros registros los siguientes números de teléfono. Por favor, ¿puede confirmar si están correctos?

a. -- número de teléfono primario

b. -- número de teléfono secundario

[If secondary number not available, ask the participant if they can provide one.]

2. Tenemos en nuestros registros la siguiente dirección. Por favor, ¿puede confirmar si está correcta?
Current home street address 1 (Street Number, Name, Prefix, Suffix, Street Type)

2a. Current home street address 2 (Unit Subtype, PO Box, Route or Rural zone)

ID NUMBER:

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

0 3

Occurrence

0 1

2a.1 Country/Territory (Select code from list)

If Other country, Go to Question 2a2

2a.2 If other, specify: _____

2b. City: _____

2c. County: _____

2d. US State/Territory State: **[If US State select state, then Go To Question 2f.]**

2e. Out of Country State: _____

2f. Zip Code: -

Tenemos en nuestros registros este correo electrónico (email). Por favor, ¿puede confirmar si está correcto?

[Interviewer:If an email is not available, say: *En este momento, no tenemos un correo electrónico (email) para usted. ¿Tiene uno que nos pueda dar para mantenernos en contacto con usted?***]**

2g. Email:

2h. ¿Tiene planes de mudarse? No 0 **[Go to Question 3]**

Sí 1

2h1. ¿Cuándo planea mudarse? Semanas **[Enter 0 if no weeks provided]**

2h2. Meses **[Enter 0 if no months provided]**

B. COVID-19 PANDEMIC IMPACT ON BEHAVIOR

SCRIPT: "Las siguientes preguntas se refieren a cómo pudieran haber cambiado sus actividades desde el inicio de la pandemia COVID-19 en marzo de 2020".

3. Actualmente, ¿camina para hacer ejercicio?

0 No **[Go to Question 4]**

1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente camina para hacer ejercicio con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

1 Con más frecuencia

2 Con menos frecuencia

3 La misma frecuencia

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

4. Actualmente, ¿realiza alguna actividad vigorosa?

0 No **[Go to Question 5]**

1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente realiza actividades vigorosas con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

1 Con más frecuencia

2 Con menos frecuencia

3 La misma frecuencia

5. ¿Consume bebidas alcohólicas?

0 No **[Go to Question 6]**

1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente bebe alcohol con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

1 Con más frecuencia

2 Con menos frecuencia

3 La misma frecuencia

6. ¿Fuma usted cigarrillos o pipa?

0 No **[Go to Question 7]**

1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente fuma con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

1 Con más frecuencia

2 Con menos frecuencia

3 La misma frecuencia

b. En promedio, ¿actualmente cuántos cigarrillos fuma al día?

7. ¿Fuma usted marihuana / cannabis medicinal o recreativa?

0 No **[Go to Question 8]**

1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente fuma marihuana / cannabis medicinal o recreativa ahora con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

- 1 Con más frecuencia
- 2 Con menos frecuencia
- 3 La misma frecuencia

b. En promedio, ¿actualmente cuántas veces al mes fuma marihuana / cannabis medicinal o recreativa?

veces

8. ¿Fuma usted cigarrillos electrónicos?

- 0 No **[Go to Question 9]**
- 1 Sí

a. En comparación con la época anterior a la pandemia, ¿actualmente fuma con más frecuencia, con menos frecuencia o aproximadamente con la misma frecuencia?

- 1 Con más frecuentemente
- 2 Con menos frecuencia
- 3 La misma frecuencia

b. En promedio, ¿actualmente cuántos cigarrillos electrónicos fuma al día ?

9. Durante la pandemia, en comparación con la época anterior a ella, ¿por lo general está usted comiendo o picando más, menos o la misma cantidad?

- 1 Más
- 2 Menos
- 3 La misma cantidad

10. Durante la pandemia, en comparación con la época anterior a ella, ¿por lo general está durmiendo más, menos o la misma cantidad?

- 1 Más
- 2 Menos
- 3 La misma cantidad

11. Durante los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que está sucediendo con más frecuencia o está empeorando?

- 0 No
- 1 Sí

C. COVID-19 PANDEMIC IMPACT ON MOOD

12. Durante las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

Por favor conteste:

Nunca, Algunos días, Más de la mitad de los días, o Casi todos los días

- | | Nunca | Algunos días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| a. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| b. No poder parar o controlar la preocupación | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| c. No tener interés, o ganas de hacer nada | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| d. Sentirse deprimido(a) o sin esperanza | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| e. Sentirse aislado(a) de otras personas | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

13. SCRIPT: “Para la siguiente lista, considere sus sentimientos durante la semana pasada. Las opciones de respuesta son: Nada, Un poco, Algo, Bastante o Mucho ”.

- | PROMIS Items (Fatigue) | Nada | Un poco | Algo | Bastante | Mucho |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Me sentí fatigado(a) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| b. Tuve problemas para comenzar las cosas porque estaba cansado(a) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| c. En promedio, ¿qué tan agotado(a) se siente? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| d. En promedio, ¿qué tan fatigado(a) se siente? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

14. SCRIPT: “Aquí hay una declaración sobre cómo responde a eventos estresantes. Indique si está: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Neutral, De acuerdo o Totalmente de acuerdo ”.

- | Brief Resilience Scale | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Neutral | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Suelo recuperarme rápidamente después de tiempos difíciles | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

D. COVID-19 PANDEMIC IMPACT ON HEALTHCARE AND FINANCES

La siguiente sección de preguntas se refiere a cómo la pandemia de coronavirus ha afectado su vida desde marzo de 2020, cuando la pandemia de COVID-19 se generalizó en los Estados Unidos.

15. Desde marzo de 2020, ¿tuvo que retrasar o perder algún servicio de atención médica? Incluya todas las citas o tratamientos que evitó, o que se pospusieron o cancelaron debido al COVID-19.

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

0 No **[Go to Question 16]**
1 Sí

En caso afirmativo, ¿qué tipo de servicios de atención médica tuvo que posponer o suspender debido a la COVID-19? Marque todo lo que corresponda.

| | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Atención domiciliaria por una persona capacitada | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Cita con un proveedor médico | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Cita con fisioterapeuta / terapeuta ocupacional | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Quimioterapia u otra terapia de infusión | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Cita con psiquiatra / terapeuta de salud mental | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Cirugía electiva | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Pruebas de imagen como radiografías, tomografía computarizada ("CAT" o "CT"), resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones ("PET"), ultrasonido | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Biopsia | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Cirugía de cáncer (p. Ej., resección, tumorectomía) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. Evaluación de enfermedades cardíacas (p. Ej., "prueba de estrés", cateterismo cardíaco) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| k.1. Si Otro, especifique: _____ | | |

16. ¿Ocurrió alguna vez durante la pandemia que no acudió a la sala de emergencias (ER) ni a un centro de atención de urgencia cuando debería haber ido?

0 No
1 Sí

17. ¿Le han recetado a usted algún medicamento?

0 No **[Go to Question 20]**
1 Sí

18. Durante este período, ¿tuvo problemas para tomar sus medicamentos con regularidad?

0 No **[Go to Question 20]**
1 Sí

¿En caso afirmativo, por qué? Marque todo lo que corresponda:

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

FORM CODE: CPSB
VERSION:1, 12/15/2021

Contact
Occasion

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

Occurrence

| | |
|---|---|
| 0 | 1 |
|---|---|

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Dificultades para obtener medicamentos de la farmacia | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Dificultades para ponerme en contacto con mi médico/proveedor | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Dificultad para pagar los medicamentos | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Otro | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d.1. Si Otro, especifique: _____ | | |

19. Date of most recent COVID call or C4R start date // [pre-filled by CDART]

20. Desde el _____, ¿hubo un momento en que usted o su hogar:
- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. ¿Estuvieron sin servicio telefónico o de internet porque no había suficiente dinero? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. ¿No pagaron la cantidad total de la renta o la hipoteca porque no había suficiente dinero? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Fueron desalojados de su casa o apartamento por no pagar el alquiler o la hipoteca? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. ¿No pagaron la factura total de la compañía de gas o electricidad, o del petróleo porque no había suficiente dinero? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Fueron suspendidos los servicios por la compañía de gas o electricidad, o la compañía de petróleo no hizo entrega a domicilio porque los pagos no se hicieron? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Estuvieron preocupados de que la comida se acabara antes de que consiguieran dinero para comprar más? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

[Note to Interviewer: Please continue to the CVSB form.]