



HCHS/SOL Formulario de Entrevista de Seguimiento 10º Año de Contacto

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion	1	0	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up form.

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.

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.

[GHS section for data entry screens begins here]

A. GENERAL HEALTH STATUS

1. Participant status (choose one):
- | | | |
|--|----------------------------|--|
| Participant contacted and alive, agrees to interview | 1 <input type="checkbox"/> | Go to Item 2 |
| Participant contacted and refused interview | 2 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking (CIE form)</i> , item 49 |
| Designated respondent contacted, reported alive | 3 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Hospitalizations (HOE form)</i> , item 3 |
| Other respondent contacted, reported alive | 4 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking (CIE form)</i> , item 49 |
| Not contacted, reported deceased | 5 <input type="checkbox"/> | Continue to 1a, below |
| Unknown | 9 <input type="checkbox"/> | Go to <i>Contact tracking (CIE form)</i> , item 49 |

1.a. ¿Cuál es la fecha del fallecimiento? / /

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

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

No	0 <input type="checkbox"/>	End interview	Sí	1 <input type="checkbox"/>	Record date and name of each hospitalization and/or ER visit. End interview after last event is reported
----	----------------------------	---------------	----	----------------------------	--

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion

1	0
---	---

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

GENERAL HEALTH

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

[HOS section for data entry screens begins here]

B. HOSPITALIZED AND EMERGENCY ROOM EVENTS

“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)”. [This section will repeat depending upon number of admissions.]

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 Item 5 (OPE form) Sí 1 Unsure 9 Go to Item 5 (OPE form)

“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empezamos por identificar la primera que ocurrió desde la última entrevista telefónica del SOL 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 sea admitido(a) al hospital? [check one]
Sala de Emergencia (only) 1
Admisión al Hospital (only) 2
Ambas 3
Unsure 9

4.a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual fue (insert emergency room or hospital) ese día? [check one and do not read choices]

Infarto de miocardio, ataque al corazón	0 <input type="checkbox"/>
Angina de pecho, dolor de pecho	1 <input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca o falla cardíaca	2 <input type="checkbox"/>
Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio	3 <input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular periférica	4 <input type="checkbox"/>
Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar	5 <input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica o enfisema	6 <input type="checkbox"/>
Asma	7 <input type="checkbox"/>
Otro: Especificar: _____	8 <input type="checkbox"/>
Relacionado a embarazo, parto, complicación de embarazo	9 <input type="checkbox"/>

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

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

4.d. ¿Cuál es la dirección de este hospital?: _____

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact
Occasion

1	0
---	---

Occurrence

0	1
---	---

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

4.e.1 Primer nombre: _____

4.e.2 Segundo nombre: _____

4.e.3 Apellido paterno: _____

4.e.4 Apellido materno: _____

4.f. ¿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 Item 5

Sí 1 (Line entry saved, screen refreshes to a new series at Item 4)

[OPS section for data entry screens begins here]

C. OUT PATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle sobre condiciones que hayan motivado a que vaya a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero 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 Item 6 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 6

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

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

5.d. ¿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 Item 6 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 6

5.e. ¿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

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact
Occasion

1	0
---	---

Occurrence

0	1
---	---

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 Item 7 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 7

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

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

No 0 Sí 1 Unsure 9

6.d. ¿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 Item 7 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 7

6.e. ¿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 Item 8 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 8

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

No 0 Go to Item 8 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 8

7.b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

7.b.1 Píldoras

7.b.2 Insulina solamente

7.b.3 Insulina y píldoras

7.b.4 Fue referido (a) para un examen de la vista

7.b.5 Hacer cambios en la dieta

7.b.6 Dejar de fumar

7.b.7 Hacer más ejercicios

7.b.8 Otro 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 Item 9 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 9

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

No 0 Go to Item 9 Sí 1 Unsure 9 Go to Item 9

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact
Occasion

1	0
---	---

Occurrence

0	1
---	---

8.b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- 8.b.1 Empezar a tomar un nuevo medicamento
- 8.b.2 Aumentar la dosis de medicamentos que toma actualmente
- 8.b.3 Bajar de peso
- 8.b.4 Hacer cambios en la dieta
- 8.b.5 Dejar de fumar
- 8.b.6 Hacer más ejercicios
- 8.b.7 Otro: 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 Go to Item 49 (CIE form) Sí 1 Unsure 9 Go to Item 49 (CIE form)

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

No 0 Go to Item 49 (CIE form) Sí 1 Unsure 9 Go to Item 49 (CIE form)

9.b. ¿Qué tratamiento le recomendaron? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- 9.b.1 Empezar a tomar un nuevo medicamento
- 9.b.2 Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente
- 9.b.3 Bajar de peso
- 9.b.4 Hacer cambios en la dieta
- 9.b.5 Dejar de fumar
- 9.b.6 Hacer más ejercicios
- 9.b.7 Otro Especifique:

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

[EVS section for data entry screens begins here] **Not Present in Year 10**

D. SELF REPORT OF EVENTS [Q10-22; not present in Y10]

[MES section for data entry screens begins here] **Not Present in Year 10**

E. MEDICATIONS [Q23-44a.; not present in Y10]

F. CBE/CBS -PLACE OF BIRTH. [Q45-48; not present in Y10]

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

1	0
---	---

0	1
---	---

[CIS section for data entry screens begins here.]

G. PARTICIPANT TRACKING

Interviewer: Current tracking information from SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

“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. Current home address* *“Dirección actual”*

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

49.B.1. Street Number Prefix

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

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

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

49.B.3. Street Number Suffix

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

49.C.1. Street Name Prefix

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

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

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

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

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

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

49.E.1. Other

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

49.F.1. City

49.G.1. County

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

ID NUMBER:

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion Occurrence

49.H.1. State

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

49.J.1. Zip Code

*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. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 49.E.1.

50. Su teléfono principal/preferido: + () -

50a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

51. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

52. Número de teléfono secundario: + () -

52a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

53. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

53a. Email address 1:

Local Contact 1 (primary contact)

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

d. Apellido: _____

55. Relación: _____

55a. ¿Es este un contacto alternativo designado (ARE)? No 0 Sí 1

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion

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

56. Current home address of primary contact*

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

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

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

*IF THE CONTACT 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 AS WELL AS THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 56.C.2. **FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 56E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 56.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 56.C.2. **FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 56E.1.**

57. Teléfono: + () -

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

Local Contact 2 (secondary contact)

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

d. Apellido: _____

59. Relación: _____

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

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion

1	0
---	---

Occurrence

0	1
---	---

60. Current home address of secondary contact*

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

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

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

*IF THE CONTACT 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 AS WELL AS THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.C.2. **FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 60E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE 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 AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.C.2. **FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 60E.1.**

61. Telephone: + () -

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

Local Contact 3

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

d. Apellido: _____

63. Relación: _____

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion

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

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

64. Current home address of third contact*

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

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

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

*IF THE CONTACT 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 AS WELL AS THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 64.C.2. FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 64E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE 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 AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 64.C.2. FOR APT NUMBER AND/OR ANY OTHER ADDITIONAL INFORMATION USE 64E.1.

65. Telephone: + () -

65a. This is a: Cell Phone 1 Home Phone 2

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

FORM CODE: FS10
VERSION: 1, 8/6/2019

Contact Occasion

1	0
---	---

Occurrence

0	1
---	---

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: _____

H. END OF THIS PORTION OF THE CALL

“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”

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	Malaya		
22	Ecuador	46	Mexico		
23	El Salvador	47	New Zealand		
24	Finland	48	Nicaragua		