



# HCHS/SOL Formulario de Entrevista de Seguimiento 16º Año de Contacto

ID NUMBER:

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion  1  6 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 (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.

[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  Go to Item 2
- Participant contacted and refused interview 2  Go to *Contact tracking (CIE form)*, item 49
- Designated respondent contacted, reported alive 3  Go to *Hospitalizations (HOE form)*, item 3
- Other respondent contacted, reported alive 4  Go to *Contact tracking (CIE form)*, item 49
- Not contacted, reported deceased 5  Continue to 1a, below
- Unknown 9  Go to *Contact tracking (CIE form)*, 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 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. End interview after last event is reported

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

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

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 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*)”. [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, mepecemos 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

- 4.a. ¿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: 4.a.1. Especificar: \_\_\_\_\_ 8   
Relacionado a embarazo, parto, complicación de embarazo 9   
COVID-19, COVID, SARS-CoV-2, el coronavirus 10

- 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: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

4.e. Para asegurarnos de que tenemos la información correcta, ¿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)

**IF YES, REPEAT DATA COLLECTION ON NEW OCCURRENCE OF HOE**

[OPS section for data entry screens begins here]

**C. OUT PATIENT 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, 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 o profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para 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: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6
------------------	---	---

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 Recomendación de hacer cambios en la dieta

7.b.6 Recomendación de dejar de fumar

7.b.7 Recomendación de hacer más ejercicios

7.b.8 Otro      7.b.9  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?

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

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

No 0  Go to Item 9

Sí 1

Unsure 9  Go to Item 9

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 Recomendación de bajar de peso

8.b.4 Recomendación de hacer cambios en la dieta

8.b.5 Recomendación de dejar de fumar

8.b.6 Recomendación de 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 Recomendación de bajar de peso

9.b.4 Recomendación de hacer cambios en la dieta

9.b.5 Recomendación de dejar de fumar

9.b.6 Recomendación de hacer más ejercicios

9.b.7 Otro:  Especifique:

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

[EVS section for data entry screens begins here] **Not Present in Year 16**

**D. SELF REPORT OF EVENTS [Q10-22; not present in Y16]**

[MES section for data entry screens begins here] **Not Present in Year 16**

**E. MEDICATIONS [Q23-44a.; not present in Y16]**

**F. CBE/CBS -PLACE OF BIRTH. [Q45-48; not present in Y16]**

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

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6	Occurrence	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. Dirección actual\*

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)

--	--

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.



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

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6	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: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion	1	6
------------------	---	---

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: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact Occasion

1	6
---	---

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		

ID									
NUMBER:									

FORM CODE: FS16  
VERSION: 1, 1/17/2024

Contact	1	6
Occasion		

Occurrence	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

--	--	--	--