



HCHS/SOL Hearing History Questionnaire_Spanish

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

FORM CODE: HHS
VERSION: A 10/01/07

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

		/			/				
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

--	--	--

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option. Although it is better if administration occurs *before* hearing testing, these questions may be asked at an interview separate from the examination.

1. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su audición (sin el uso de un aparato auditivo)?

- | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|
| Excelente | 0 | ☐ |
| Bueno | 1 | ☐ |
| Tiene un problema ligero | 2 | ☐ |
| Tiene un problema moderado | 3 | ☐ |
| Tiene un gran problema | 4 | ☐ |
| Es sordo(a) | 5 | ☐ |

2. ¿Tiene usted 65 años de edad o más?

- No 0 ☐
Sí 1 ☐

→ **GO TO QUESTION 13**

A. Hearing Loss in Participants Younger than Age 65

Por favor, conteste sí, no o algunas veces, a cada una de las siguientes preguntas. Si usted usa un aparato auditivo, por favor conteste las preguntas según como usted oye sin la ayuda del aparato.

3. ¿El problema de audición le hace sentirse avergonzado(a) cuando conoce nuevas personas?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

4. ¿El problema de audición le hace sentirse frustrado(a) cuando habla con otros miembros de su familia?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

5. ¿El problema de audición le causa dificultad al escuchar/entender a sus compañeros de trabajo o clientes?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

6. ¿Se siente usted discapacitado(a) por tener un problema de audición?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

7. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando visita amistades, familiares o vecinos?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

8. ¿El problema de audición le causa dificultad en el cine o el teatro?

- No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: HHS VERSION: A 10/01/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

9. ¿El problema de audición le provoca tener discusiones con miembros de su familia?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
10. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando escucha la televisión o la radio?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
11. ¿Siente usted que cualquier dificultad con la audición limita o impide su vida personal o social?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
12. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

GO TO SECTION C, QUESTION 23

B. Hearing Loss in Participants Age 65 and Older

Por favor, conteste sí, no o algunas veces, a cada una de las siguientes preguntas. Si usted usa un aparato auditivo, por favor conteste las preguntas según como usted oye sin la ayuda del aparato.

13. ¿El problema de audición le hace sentirse avergonzado(a) cuando conoce nuevas personas?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
14. ¿El problema de audición le hace sentirse frustrado(a) cuando habla con otros miembros de su familia?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
15. ¿Tiene usted problemas de oír a alguien cuando le hablan murmurando?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
16. ¿Se siente usted discapacitado(a) por tener un problema de audición?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
17. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando visita amistades, familiares o vecinos?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
18. ¿El problema de audición hace que usted asista a los servicios religiosos con menos frecuencia de la que a usted le gustaría?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
19. ¿El problema de audición le provoca tener discusiones con miembros de su familia?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
20. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando escucha la televisión o la radio?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
21. ¿Siente usted que cualquier dificultad con la audición limita o impide su vida personal o social?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐
22. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando está en un restaurante con familiares o amigos?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

ID NUMBER:								FORM CODE: HHS VERSION: A 10/01/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

C. Hearing Aid Use

23. ¿Alguna vez ha usado un aparato auditivo?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

Sí 1 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

24. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un aparato auditivo?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

Sí 1 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

25. ¿Por cuánto tiempo ha usado usted un aparato auditivo?

Menos de 6 semanas 1 ☐

De 6 semanas a 11 meses 2 ☐

De 1 a 2 años 3 ☐

De 3 a 4 años 4 ☐

De 5 a 9 años 5 ☐

De 10 a 14 años 6 ☐

15 años o más 7 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐

26. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia usó usted el aparato auditivo?

Siempre 1 ☐

Usualmente 2 ☐

La mitad del tiempo 3 ☐

Rara vez 4 ☐

Nunca 5 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐

D. Noise Exposure

27. ¿Alguna vez ha hecho servicio militar?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 30**

Sí 1 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 30**

28. ¿Por cuánto tiempo hizo servicio militar?

Menos de 2 años 1 ☐

De 2 a 5 años 2 ☐

Más de 5 años 3 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐

29. ¿Alguna vez usó protección en sus oídos durante su servicio militar?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

30. ¿Alguna vez disparó un arma de fuego (fuera del servicio militar)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 32**

Sí 1 ☐

No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 32**

ID NUMBER:								FORM CODE: HHS VERSION: A 10/01/07	Contact Occasion			SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	---------------------	--	--	-------	--	--

31. En el ultimo año, ¿cuántos días disparó usted un arma de fuego?

- Ningún día 1 ☐
De 1 a 5 días 2 ☐
De 6 a 10 días 3 ☐
Más de 10 días 4 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐

32. Aparte de su trabajo, ¿alguna vez ha estado usted expuesto(a) a fuertes ruidos, tales como ruidos de herramientas eléctricas o música en alto volumen por un promedio de al menos una vez al mes por un año?

- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 34**
Sí 1 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 34**

33. ¿Alguna vez ha usado artículos de protección para sus oídos mientras estaba expuesto(a) a estos ruidos fuertes?

- No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

34. ¿Escuchó usted música de un sistema de música personal (tales como iPod, MP3 o CD) usando auriculares en los últimos 7 días?

- No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

35. ¿Aproximadamente cuántas horas pasó usted escuchando su sistema de música personal durante la última semana?

- Menos de una hora 1 ☐
De 1 a 2 horas 2 ☐
De 3 a 4 horas 3 ☐
De 5 a 7 horas 4 ☐
De 8 a 9 horas 5 ☐
10 horas o más 6 ☐