



HCHS/SOL Annual-Follow Up Interview Hospitalizations and ER Visits – HOS

ID NUMBER:

FORM CODE: HOS
VERSION: A, 2/11/2025

Contact Occasion

Occurrence

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)”. [Note: This section will repeat depending upon number of reported events.]

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 **Outpatient Self Report form (OPS), Q5**

Yes 1

Unsure 9 → Go to **Outpatient Self Report form (OPS), Q5**

“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empecemos 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

4a. ¿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 (specify below) 8

Relacionado a embarazo, parto, complicación de embarazo 9

COVID-19, COVID, SARS-CoV-2, el coronavirus 10

4a1. Si otro, especifique: _____

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

/ / (mm/dd/yyyy)

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

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.**