



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 07 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. 2/28/2011

HCHS/SOL Personal Identifiers_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: IDS
VERSION: A 1/22/08

Contact
Occasion

SEQ #

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

/ /

Month

Day

Year

0b. Staff ID:

0c. Household ID Number:

**(See Household Screening form,
copy number exactly as seen on
screener)**

Instructions: Complete this form for each eligible participant. All responses are important to complete fully, including the contacts. Use location codes at end for coding address.

Voy a preguntarle su nombre completo, su dirección y su número de teléfono. Por favor, recuerde que toda de la información que nos da es confidencial y solamente el personal certificado de HCHS/SOL tendrá acceso a esta información.

A. Identifying Information

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

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

f. Extensión o sufijo al apellido: _____

Como parte de la información confidencial que recopilamos de los participantes del HCHS/SOL le pedimos su número de seguro social. Por favor, revise la declaración sobre la divulgación de información personal a medida que se la lea. La declaración explica las razones por las que le estamos pidiendo su número de seguro social y que el darnos este número es voluntario de su parte.

Declaración sobre la divulgación de información personal: Le estamos pidiendo su número de seguro social porque los datos de este estudio se relacionarán con los datos que dan los proveedores de cuidados de la salud sólo con propósitos de realizar estudios sobre la salud. Esta información se mantendrá en forma confidencial de acuerdo a la Ley de Privacidad de 1974 y se usará solamente con propósitos de realizar estudios sobre la salud. El dar esta información al *Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos* es completamente voluntario de su parte, pero es sumamente importante para los propósitos de este estudio.

(Interviewer: After reading the Disclosure Statement, ask participant if he/she has any questions)

2. Número de seguro social: --

C. Local Contact 1

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

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

9. Relación: _____

10. Current home address of primary contact*

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

10.B.1. Street Number Prefix

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

10.B.2. **Street Number**

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

10.B.3. Street Number Suffix

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

10.C.1. Street Name Prefix

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

10.C.2. **Street Name**

10.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--	--

10.C.4. Street Name Suffix

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

10.D.1. Unit Type

--	--	--	--	--

10.D.2. Unit Type Identifier

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

10.D.3. Unit Subtype

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

10.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--	--

10.E.1. Other

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

ID NUMBER:						FORM CODE: IDS	Contact				
						VERSION: A 1/22/08	Occasion		SEQ #		

15. Teléfono: () -

*IF THE 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 IN 14.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 14.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 14.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 14.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 14.E.1.

E. Local Contact 3

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

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

17. Relación: _____

ID NUMBER:							FORM CODE: IDS	Contact				
							VERSION: A 1/22/08	Occasion		SEQ #		

19. Teléfono: () -

*IF THE 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 IN 18.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 18.E.1.

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 18.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 18.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 18.E.1.

Location Codes for Question 311, 1011, 1411, and 1811

01	Afghanistan	35	India
02	Anguilla	36	Indonesia
03	Antigua and Barbuda	37	Iran
04	Argentina	38	Iraq
05	Aruba	39	Ireland
06	Australia	40	Israel
07	Austria	41	Italy
08	Bangladesh	42	Japan
09	Belgium	43	Korea
10	Belize	44	Lebanon
11	Bolivia	45	Malaya
12	Brazil	46	Mexico
13	Canada	47	New Zealand
14	Chile	48	Nicaragua
15	China	49	Norway
16	Colombia	50	Pakistan
17	Costa Rica	51	Panama
18	Cuba	52	Paraguay
19	Czech Republic	53	Peru
20	Denmark	54	Philippines
21	Dominican Republic	55	Poland
22	Ecuador	56	Portugal
23	El Salvador	57	Puerto Rico
24	Finland	58	Russia
25	France	59	South Africa
26	Germany	60	Spain
27	Great Britain	61	Sweden
28	Greece	62	Switzerland
29	Guam	63	United States
30	Guatemala	64	Uruguay
31	Haiti	65	Venezuela
32	Holland	66	Virgin Islands
33	Honduras	67	Other
34	Hungary	99	Unknown/refused