



HCHS/SOL Participant Safety Screening Form_Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>								
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: PSS
VERSION: B 1/03/11

Contact
Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

SEQ #

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

0b. Staff ID:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Instructions: This safety screening form must be completed before the participant can have their Baseline Examination either during a reminder phone call for the clinic visit, or immediately prior to the exam. Positive responses to Questions 2 – 10 should be noted on the Exam Itinerary Checklist for routing purposes during the visit.

NOTE TO STAFF: Use appropriate recruitment or clinic scheduling script when completing this form.

A. Safety and Access Questions

1. MUJERES solamente: ¿Está embarazada?

No 0

Sí 1 → **STOP, Exclude from Baseline Examination**

2. ¿Necesita algún tipo de ayuda para leer, escuchar preguntas o para subirse a una camilla de examen?

No 0 → **GO to Question 3**

Sí 1 → **GO to Question 2a**

2a. Especifique: _____

3. ¿Tiene un marcapaso o defibrilador (AICD por sus siglas en inglés)?

No 0

Sí 1 → **Exclude from BIA & Bronchodilator use**

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene diabetes (azúcar alta en la sangre o en la orina)?

No 0

Sí 1 → **Exclude from OGTT**

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

FORM CODE: PSS
VERSION: B 1/03/11

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

B. Periodontal Exam Exclusion Questions

5. ¿Tiene una válvula artificial en su corazón?

No 0

Sí 1 → **Periodontal Exam Exclusion**

6. ¿Ha sido tratado/a alguna vez por endocarditis infecciosa?

No 0

Sí 1 → **Periodontal Exam Exclusion**

7. ¿Tiene alguna condición cardíaca grave congénita o de nacimiento?

No 0

Sí 1 → **Periodontal Exam Exclusion**

8. ¿Ha recibido un trasplante de corazón?

No 0

Sí 1 → **Periodontal Exam Exclusion**

9. ¿Tiene usted alguna articulación artificial o prótesis?

No 0

Sí 1 → **Periodontal Exam Exclusion**

C. Pulmonary Function Test Exclusion Question

10. ¿Ha tenido un ataque de corazón, un derrame cerebral, o cirugía/operación en un ojo en los últimos seis meses (or 3 months prior to the end of the SOL baseline exam)?

No 0

Sí 1 → **Pulmonary Test Exclusion**

D. Other Exclusion(s)

11. Especifique condición o circunstancia: _____

11a. Procedimientos o pruebas excluidas: _____

11b. Nombre o número de ID del personal que autoriza la exclusión: _____

Record ALL Yes responses to Questions 2-10 on the Exam Itinerary Checklist form