



HCHS/SOL Annual Follow-Up Interview Outpatient Revascularization Procedures – RPS

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

FORM CODE: RPS
VERSION: 1, 3/10/2026

| | | |
|------------------|--|--|
| Contact Occasion | | |
|------------------|--|--|

| | | |
|------------|--|--|
| Occurrence | | |
|------------|--|--|

OUTPATIENT REVASCULARIZATION PROCEDURES

“Ahora me gustaría preguntarle sobre procedimientos que puede haber tenido en un centro de atención ambulatorio o de cirugía ambulatoria, sin haber sido admitido(a) al hospital y sin haber visitado la sala de emergencias”.

10. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿le hicieron un procedimiento quirúrgico para abrir las arterias de su corazón (una angioplastia con balón o colocación de stent)?

No 0 → **Go to Q11** Sí 1 Unsure 9 → **Go to Q11**

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre del centro, la ubicación y la fecha:

10a. Nombre del centro: _____

10b. ¿Se encuentra el centro en los EE.UU.? No 0 Sí 1

10b1. Si no, ubicación del centro (ciudad, estado, país): _____

10c. Ciudad: _____

10d. Estado:

10e. Fecha del procedimiento: / / (*mm/dd/yyyy*)

10f. ¿Le hicieron procedimientos adicionales para abrir las arterias de su corazón desde su última entrevista?

No 0 Sí 1 Unsure 9

If Q10f = “Yes”, repeat data collection on a new occurrence of the RPS.

11. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿le hicieron un procedimiento quirúrgico para abrir las arterias de su cuello (una endarterectomía carotídea, una angioplastia con balón o colocación de stent)?

No 0 → **End Form** Sí 1 Unsure 9 → **End Form**

Si la respuesta es Sí, especifique el nombre del centro, la ubicación y la fecha:

11a. Nombre del centro: _____

11b. ¿Se encuentra el centro en los EE.UU.? No 0 Sí 1

11b1. Si no, ubicación del centro (ciudad, estado, país): _____

11c. Ciudad: _____

11d. Estado:

11e. Fecha del procedimiento: / / (*mm/dd/yyyy*)

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

FORM CODE: RPS
VERSION: 1, 3/10/2026

Contact
Occasion

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Occ #

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

11f. ¿Le hicieron procedimientos adicionales para abrir las arterias de su cuello desde su última entrevista?

No 0

Sí 1

Unsure 9

If Q11f = "Yes", repeat data collection on a new occurrence of the RPS.

Once all instances of coronary or carotid revascularization since last AFU are recorded, read:

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en SOL. Ahora, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Ha habido algún cambio en su dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico; o en los de sus contactos alternativos?

- If No: Open the latest occurrence of the PCIS form in read-only mode and confirm the information with the participant. If the participant indicates that any of their information has changed, close the read-only form. Copy the latest occurrence of the PCIS into a new occurrence and confirm/update the information with the participant.*
- If Yes: Copy the latest occurrence of the PCIS form to a new occurrence and confirm/update the information with the participant.*