



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 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-XXXX). Do not return the completed form to this address.

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

HCHS/SOL Hearing History Questionnaire_Spanish

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

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

Contact Occasion

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

SEQ #

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

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Month			Day			Year			

0b. Staff ID:

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

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 | <input type="checkbox"/> |
| Bueno | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Tiene un problema ligero | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Tiene un problema moderado | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Tiene un gran problema | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Es sordo(a) | 5 | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |

→ **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 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

- | | | | | | | | | |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Algunas veces | 1 | <input type="checkbox"/> | Sí | 2 | <input type="checkbox"/> |
|----|---|--------------------------|---------------|---|--------------------------|----|---|--------------------------|

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

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	Contact			SEQ #		
								VERSION: A 10/01/07	Occasion					

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