HCHS/SOL Ankle Arm Blood Pressure

ID NUMBER:									FORM CODE: ABP VERSION: A 9/14/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. If measure is unobtainable, enter the special missing value, "==", in the item.

1. Systolic Readings: (*Record in this order*)

	Systolic (mm Hg)
a. Right brachial	☐☐☐
b. Right dorsalis pedis	☐☐☐
c. Right posterior tibial	☐☐☐
d. Left posterior tibial	☐☐☐
e. Left dorsalis pedis	☐☐☐
f. Left brachial	☐☐☐

2. All Procedures were:

Completed successfully ..... 1 → **END QUESTIONNAIRE**

Not completed 0

3. Reason procedure was not completed with all measures:

a. Occlusion failure	No 0 ☐	Yes 1 ☐
If "Yes", failure, specify: (1) R. dorsalis pedis	No 0 ☐	Yes 1 ☐
(2) R. posterior tibial	No 0 ☐	Yes 1 ☐
(3) L. posterior tibial	No 0 ☐	Yes 1 ☐
(4) L. dorsalis pedis	No 0 ☐	Yes 1 ☐
b. Amputation	No 0 ☐	Yes 1 ☐
c. Discomfort	No 0 ☐	Yes 1 ☐
d. Ulceration or lesion	No 0 ☐	Yes 1 ☐
e. Other (specify in note log)	No 0 ☐	Yes 1 ☐

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

HCHS/SOL Alcohol Use Questionnaire

ID NUMBER: ☐☐☐☐☐☐☐☐ FORM CODE: ALE VERSION: A 12/07/07 Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

The next questions are about alcoholic beverages. Serving sizes for alcohol use in "standard drink" units are as follows: Beer = 12oz. glass or 355ml bottle; Wine = 3.5oz glass, 1 bottle =750ml= 8 glasses; Hard spirits = 1.5oz. or 1 shot.

1. Do you presently drink alcoholic beverages?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
Yes 1 ☐

2. How many glasses of red wine do you usually have per week?

☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

3. How many glasses of white wine do you usually have per week?

☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

4. How many cans, bottles, or glasses of beer do you usually have per week? Beer includes more traditional beverages such as pulque and chicha.

☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

5. How many drinks of liquor, spirits, or mixed drinks do you usually have per week? Spirits includes liquor such as whiskey, vodka, tequila, rum, and mixed drinks such as martinis, as well as more traditional beverages such as aguardiente and cañita. (1 serving = 1.5 oz or 1 shot)

☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

6. How often did you have 4 or more drinks [for females] or 5 or more drinks [for males] containing any kind of alcohol within a two-hour period? *(Mark only one)*

Every day	1 ☐
5 to 6 days a week	2 ☐
3 to 4 days a week	3 ☐
2 days a week	4 ☐
1 day a week	5 ☐
2 to 3 days a month	6 ☐
1 day a month	7 ☐
Less than once a month	8 ☐
Never	9 ☐

END OF QUESTIONNAIRE

7. Did you ever drink alcohol? No 0 ☐ → **END OF QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐

8. About how long ago did you stop drinking alcohol? *(Mark only one)*
Less than 1 year ago 1 ☐
1 - 2 years ago 2 ☐
More than 2 years ago 3 ☐

9. Did you stop drinking alcohol for health reasons?
No 0 ☐
Yes 1 ☐

10. Did you stop drinking alcohol on the advice of a doctor (or health worker)?
No 0 ☐
Yes 1 ☐

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

HCHS/SOL Alcohol Use Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: ALS VERSION: A 1/23/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Las siguientes preguntas son sobre bebidas alcohólicas. Las porciones para el uso de alcohol en una bebida estándar son: Cerveza = un vaso de 12onzas o una botella/lata de 355ml; Vino = vaso de 3.5onzas, 1 botella =750ml= 8 vasos; Licores = 1.5onzas o un trago.

1. ¿Consume bebidas alcohólicas en la actualidad?

   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
   Sí 1 ☐

2. Durante una semana ¿cuántos vasos de vino tinto o vino rojo bebe usualmente?

   ☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

3. Durante una semana ¿cuántos vasos de vino blanco bebe usualmente?

   ☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

4. Durante una semana ¿cuántas latas, botellas o vasos de cerveza bebe usualmente? Cerveza incluye bebidas tradicionales como pulque y chicha.

   ☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

5. Durante una semana ¿cuántas copas de licor o bebidas mixtas bebe usualmente? Licor incluye whisky, vodka, tequila, ron y bebidas mixtas como un martini y bebidas tradicionales como aguardiente y cañita. (1 porción = 1.5 onzas o 1 trago)

   ☐☐ *(if less than 1 per week enter "00")*

6. ¿Con qué frecuencia ha bebido 4 o más bebidas [para mujer] o 5 o más bebidas [para hombre] que contienen alcohol en un lapso de dos horas? *(Mark only one)*

Cada día	1 ☐
5 a 6 días a la semana	2 ☐
3 a 4 días a la semana	3 ☐
2 días a la semana	4 ☐
1 día a la semana	5 ☐
2 a 3 días al mes	6 ☐
1 día al mes	7 ☐
Menos de una vez al mes	8 ☐
Nunca	9 ☐

END OF QUESTIONNAIRE

7. ¿Ha bebido alcohol alguna vez? No 0 ☐ → **END OF QUESTIONNAIRE**
Sí 1 ☐

8. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo dejó de beber alcohol? *(Mark only one)*
Hace menos de un año 1 ☐
Hace 1 a 2 años 2 ☐
Hace más de 2 años 3 ☐

9. ¿Dejó de beber alcohol por razones de salud?
No 0 ☐
Sí 1 ☐

10. ¿Dejó de beber alcohol por consejo de un doctor (u otro profesional de salud)?
No 0 ☐
Sí 1 ☐

HCHS/SOL Anthropometry

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

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. If a response is unknown or cannot be measured then enter the special missing value, "==", in the item. In order to measure bioimpedence, the participant must be barefoot. Set the Tanita analyzer to report *metric* units (cm/kg).

A. DETERMINATION OF ABILITY TO STAND

1. Assessment of ability to stand (choose one): ..... ☐
   - Can stand erectly on both feet. 1
   - Can stand on both feet, but posture not erect. 2
   - Cannot stand on both feet. ..... 3 → **GO TO ITEM 10**

B. HEIGHT, WEIGHT, and BIO-IMPEDENCE

2. Standing height (round to nearest cm): ..... ☐☐☐ cm
3. a) Self-reported weight (to the nearest lb or kg): ..... ☐☐☐
   b) Units (check one): ..... ☐ lb ☐ kg
4. Weight: ..... ☐☐☐.☐ kg
5. Fat (%): ..... ☐☐.☐ %
6. Impedance: ..... ☐☐☐ Ohms
7. Fat mass: ..... ☐☐☐.☐ kg
8. Lean body mass (FFM): ..... ☐☐☐.☐ kg
9. Total body water (TBW): ..... ☐☐☐.☐ kg

C. BODY SIZE

10. Girth (round to nearest cm)
    a) Waist: ..... ☐☐☐ cm
    b) Hip: ..... ☐☐☐ cm

HCHS/SOL Audiometry Examination

ID NUMBER:								

FORM CODE: AUD
VERSION: A 8/21/07

Contact Occasion | | | SEQ # | | |

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff Examiner ID: ☐☐☐

0c. Audiometer #:: ☐☐☐

Instructions: Enter "=" if a measurement is permanently missing. "No responses" should be recorded as 5 units above maximum thresholds.

		1000Hz		500Hz		1000Hz *Repeat*		2000Hz		3000Hz		4000Hz		6000Hz		8000Hz	
		HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert
RIGHT EAR	Threshold																
	Mask Trsh.																
	Mask Level																
	Bone Threshold																
	Bone Mask Threshold																
	Bone Mask Level																

		1000Hz		500Hz		1000Hz *Repeat*		2000Hz		3000Hz		4000Hz		6000Hz		8000Hz	
		HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert	HdPh	Insert
LEFT EAR	Threshold																
	Mask Trsh.																
	Mask Level																
	Bone Threshold																
	Bone Mask Threshold																
	Bone Mask Level																

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

HCHS/SOL Claudication Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: CLE VERSION: A 2/25/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

1. Are you age 45 or older?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐

2. Do you get pain or discomfort in either leg on walking?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐

2a. In which leg(s)?

Right leg 1 ☐ → **ADMINISTER QUESTION 3 – QUESTION 7**
Left leg 2 ☐ → **GO TO QUESTION 8**
Both legs 3 ☐ → **ADMINISTER QUESTION 3 – QUESTION 12**

A. Right Leg

3. Does this pain ever begin when you are standing still or sitting?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

4. Does this pain include your calf/calves?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

5. Do you get it when you walk at an ordinary pace on the level?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

6. What do you do if you get it when you are walking?

Stop or slow down 1 ☐
Continue on 2 ☐

7. What happens to the pain if you stand still?
(Interviewer: response categories refer to pain)

Lessened or relieved 1 ☐
Unchanged 2 ☐

B. Left Leg

8. Does this pain ever begin when you are standing still or sitting?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

9. Does this pain include your calf/calves?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

10. Do you get it when you walk at an ordinary pace on the level?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

11. What do you do if you get it when you are walking?

Stop or slow down 1 ☐
Continue on 2 ☐

12. What happens to the pain if you stand still?
(Interviewer: response categories refer to pain)

Lessened or relieved 1 ☐
Unchanged 2 ☐

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

HCHS/SOL Claudication Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: CLS VERSION: A 3/05/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

1. ¿Tiene 45 años o más?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1 ☐

2. ¿Siente dolor o molestia en alguna de las piernas al andar?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1 ☐

2a. ¿En cuál(es) de su(s) pierna(s)?

Pierna derecha 1 ☐ → **ADMINISTER QUESTION 3 – QUESTION 7**
Pierna izquierda 2 ☐ → **GO TO QUESTION 8**
Ambas 3 ☐ → **ADMINISTER QUESTION 3 – QUESTION 12**

A. Right Leg

3. ¿Alguna vez le empieza a doler cuando está parado(a) o sentado(a)?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

4. ¿Siente usted este dolor en la(s) pantorrilla(s)?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

5. ¿Le duele cuando camina a paso normal sobre superficies planas?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

6. ¿Qué hace cuando le duele y está caminando?

Se detiene o disminuye el paso 1 ☐
Continúa al mismo ritmo 2 ☐

7. ¿Qué ocurre si usted se queda parado(a)?
(Interviewer: response categories refer to pain)

Desaparece o disminuye 1 ☐
Continúa 2 ☐

B. Left Leg

8. ¿Alguna vez le empieza a doler cuando está parado(a) o sentado(a)?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

9. ¿Siente usted este dolor en la(s) pantorrilla(s)?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

10. ¿Le duele cuando camina a paso normal sobre superficies planas?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

11. ¿Qué hace cuando le duele y está caminando?

Se detiene o disminuye el paso	1 ☐
Continúa al mismo ritmo	2 ☐

12. ¿Qué ocurre si usted se queda parado(a)?
(Interviewer: response categories refer to pain)

Desaparece o disminuye	1 ☐
Continúa	2 ☐

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

HCHS/SOL Dietary Behavior Questionnaire

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

FORM CODE: DBE
VERSION: A 8/28/07

Contact Occasion | |

SEQ # | |

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: | | / | | / | | | | | (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: | | |

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.

1. Of Hispanic/Latino and American food, do you usually eat…? *(Mark only one)*

Mainly Hispanic/Latino foods	1 ☐
Mostly Hispanic/Latino foods and some American food	2 ☐
Equal amounts of both Hispanic/Latino and American foods	3 ☐
Mostly American foods and some Hispanic/Latino foods	4 ☐
Mainly American foods	5 ☐

2. How often do you or your family usually go out to eat at or bring home ready-to-eat foods from…?

	Never	Less than once a week	1-2 times per week	3-4 times per week	5 or more times per week
a. Relatives' or Friends' homes	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Fast food restaurants (including Latino and Chinese food)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Sit down restaurants (with table service)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d. Buffet restaurants (including Chinese buffet)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e. Pick-up-and-take-home restaurants	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f. Grocery stores (hot or cold ready-to-eat food from store)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g. Cafeterias (school or work)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h. Vending machines	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i. On-street vendors (including trucks, carts, and wagons)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
j. Other (for example quick marts, bakeries, etc.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

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

HCHS/SOL Dietary Behavior Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: DBS
VERSION: A 12/05/07

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

1. De la comida hispana/latina y la comida americana, ¿por lo general come usted…? *(Mark only one)*

Principalmente comidas hispanas/latinas	1 ☐
Mayormente comidas hispanas/latinas y algunas comidas americanas	2 ☐
Igual cantidad de ambas comidas hispanas/latinas y americanas	3 ☐
Mayormente comidas americanas y algunas comidas hispanas/latinas	4 ☐
Principalmente comidas americanas	5 ☐

2. ¿Con qué frecuencia usted o su familia salen usualmente a comer fuera o traen a la casa alimentos listos para comer provenientes de…?

	Nunca	Menos de una vez por semana	1 a 2 veces por semana	3 a 4 veces por semana	5 o más veces por semana
a. Casas de parientes o amistades	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Restaurantes de comida rápida (incluyendo comida latina y china)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Restaurantes que ofrecen servicio completo (servicio en la mesa)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
d. Restaurantes que ofrecen bufet (incluyendo bufet de comida china)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
e. Restaurantes que venden comida para llevar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
f. Supermercados (comidas frías o calientes de la tienda, ya preparadas)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
g. Cafeterías (de la escuela o trabajo)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
h. Máquina que vende alimentos	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
i. Vendedores ambulantes (incluyendo camiones, carretillas y carretas)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
j. Otro (por ejemplo tiendas rápidas, panaderías, etc.)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

HCHS/SOL EAR Center Grading

ID NUMBER:									FORM CODE: EAR VERSION: A 9/1/09	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions:

1. Audiometric data complete?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Partial 2 ☐

2. 1000 Hz within limits (≤10)?

2a. Right Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐

2b. Left Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐

3. Insert used appropriately?

3a. Right Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐

3b. Left Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐

4. Bone Conduction Appropriate?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Codes for Questions 5 and 6:

0 = Masking not needed, no masking done
1 = Masking not needed, masking done
2 = Masking needed, not done
3 = Masking needed, wrong ear masked
4 = Masking needed, undermasked
5 = Masking needed, overmasked
6 = Masking needed, cannot mask (masking dilemma)
7 = Cannot determine
8 = Masking needed, done appropriately

5. AC Masked Appropriately ☐

6. BC Masked Appropriately ☐

7. Tymp data entered correctly?

7a. Right Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐
Unknown 2 ☐

7b. Left Ear:
No 0 ☐
Yes 1 ☐
Unknown 2 ☐

8. Tymps repeated?

8a. Right Ear:
No repeat needed, no repeat done 0 ☐
No repeat needed, repeat done 1 ☐
Repeat needed, repeat done and OK 2 ☐
Repeat needed, repeat done but not OK 3 ☐
Repeat needed, repeat not done 4 ☐
Cannot determine (no image available) 5 ☐

8b. Left Ear:
No repeat needed, no repeat done 0 ☐
No repeat needed, repeat done 1 ☐
Repeat needed, repeat done and OK 2 ☐
Repeat needed, repeat done but not OK 3 ☐
Repeat needed, repeat not done 4 ☐
Cannot determine (no image available) 5 ☐

9. Tymp selection?

9a. Right Ear:
Original 0 ☐
Repeat 1 ☐
Neither 2 ☐

9b. Left Ear:
Original 0 ☐
Repeat 1 ☐
Neither 2 ☐

10. Initial review status?

Needs to be reviewed 1 ☐
In process 2 ☐
Complete (ready to report) 3 ☐

END OF QUESTIONNAIRE

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

HCHS/SOL Economic Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: ECE VERSION: A 8/28/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Assets

1. Is your house, apartment, or mobile home…?

Owned by you or someone in the household free and clear---without a mortgage or loan	1 ☐
Owned by you or someone in the household ---with a mortgage or loan	2 ☐
Rented	3 ☐
Occupied without payment	4 ☐

B. Annual Household Income

2. Counting the income of all the members of your household, was your household income for the year… *(Include all money received from all sources)*

Less than $30,000	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 3**
$30,000 or more	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 4**

3. Is that income…

Less than $10,000	1 ☐
$10,001-$15,000	2 ☐
$15,001-$20,000	3 ☐
$20,001-$25,000	4 ☐
$25,001-$29,999	5 ☐

4. Is that income…

$30,000-$40,000	1 ☐
$40,001-$50,000	2 ☐
$50,001-$75,000	3 ☐
$75,001-$100,000	4 ☐
More than $100,000	5 ☐

5. How many people, including yourself, were supported by this income during the year?

☐☐ Number of people

C. SES Ladder

*Here is a picture of a ladder. Think of this ladder as representing where people stand in the United States. At the **top** of the ladder are the people who are the best off – those who have the most money, the most education and the most respected jobs. At the **bottom** are the people who are the worst off – who have the least money, least education, and the least respected jobs or no job. The higher up you are on this ladder, the closer you are to the people at the very top; the lower you are, the closer you are to the people at the very bottom.*

6. Where would you place yourself on this ladder? Please show the step where you think you stand at this time in your life, relative to other people in the United States.

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

HCHS/SOL Economic Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: ECS VERSION: A 8/28/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Assets

1. ¿Es su casa, apartamento o casa móvil…?

Propiedad suya o de alguien en su hogar libre y sin deuda, sin una hipoteca o préstamo	1 ☐
Propiedad suya o de alguien en su hogar, con una hipoteca o préstamo	2 ☐
Alquilada	3 ☐
Ocupada sin pago	4 ☐

B. Annual Household Income

2. Incluyendo los ingresos de todos los miembros de su hogar, ¿fue el ingreso de su hogar durante el año…*(Incluya todo el dinero recibido de todas las fuentes de ingresos)*

Menos de $30,000 dólares	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 3**
$30,000 dólares o más	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 4**

3. ¿Es ese ingreso …	menos de $10,000 dólares	1 ☐
	de $10,001 a $15,000 dólares	2 ☐
	de $15,001 a $20,000 dólares	3 ☐
	de $20,001 a $25,000 dólares	4 ☐
	de $25,001 a $29,999 dólares	5 ☐

4. ¿Es ese ingreso …	de $30,000 a $40,000 dólares	1 ☐
	de $40,001 a $50,000 dólares	2 ☐
	de $50,001 a $75,000 dólares	3 ☐
	de $75,001 a $100,000 dólares	4 ☐
	más de $100,000 dólares	5 ☐

5. ¿Cuántas personas, incluyéndose a usted, fueron mantenidas por este ingreso durante el año?

☐☐ Número de personas

C. SES Ladder

*Esto es un dibujo de una escalera. Piense en esta escalera como representación de dónde se encuentran las personas en los Estados Unidos. En la parte **alta** de la escalera están las personas que viven mejor, con respecto al dinero, la educación y el trabajo. En la parte **baja** están las personas que viven peor, con respecto al dinero, la educación y el trabajo. Mientras más alto se encuentre usted en esta escalera, más cerca está a las personas que están en la parte superior; mientras se encuentre usted en la parte más baja, más cerca está a las personas en la parte inferior.*

6. ¿Dónde se colocaría usted en esta escalera? Por favor, muestra en el escalón donde usted cree que está en este momento de su vida con respecto a las otras personas en los Estados Unidos.

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

HCHS/SOL Health Care Use

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

FORM CODE: HCE
VERSION: A 01/08/08

Contact Occasion | |

SEQ # | |

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: | | / | | / | | | | | (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: | | |

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.

1. In the past 12 months, where did you receive most of your health care?

In the United States	1 ☐
In my country of origin (if not U.S.)	2 ☐
In another country	3 ☐
Did not receive any care the past 12 months	4 ☐
Refused	5 ☐

2. Was there a time in the past 12 months when you needed health care, but could not get it?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Yes	1 ☐	
Refused	2 ☐	
Don't know	9 ☐	

3. What reason(s) did you not get health care in the past 12 months when you needed it?

	No	Yes
a. You couldn't get through on the telephone	0 ☐	1 ☐
b. You couldn't get an appointment soon enough	0 ☐	1 ☐
c. Once you get there, you had to wait too long to see the doctor	0 ☐	1 ☐
d. The clinic/doctor's office wasn't open when you could get there	0 ☐	1 ☐
e. You didn't have transportation	0 ☐	1 ☐
f. You had no access to an interpreter	0 ☐	1 ☐
g. You couldn't take time off from work	0 ☐	1 ☐
h. You were concerned about any legal consequences	0 ☐	1 ☐
i. You were taking care of someone and could not leave them alone	0 ☐	1 ☐
j. You couldn't afford it.	0 ☐	1 ☐

IF YES TO 3j → 4. During the past 12 months, did you need any of the following but, didn't get it because you couldn't afford it?

	No	Yes
a. Prescription medications	0 ☐	1 ☐
b. To go to see a doctor	0 ☐	1 ☐
c. Mental health care or counseling	0 ☐	1 ☐
d. Dental care	0 ☐	1 ☐
e. Eyeglasses	0 ☐	1 ☐

5. During the past 12 months, how many times did you see a physician or health care provider for your health care?

☐☐ Number of times

IF RESPONSE TO QUESTION 5 IS ZERO → GO TO QUESTION 9

6. During the last 12 months, how often did office staff at a doctor's office or clinic…

	Never	Sometimes	Usually	Always
a. treat you with courtesy and respect?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. be as helpful as you thought they should be?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

7. During the last 12 months, how often did doctors or other health providers…

	Never	Sometimes	Usually	Always
a. listen carefully to you?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. explain things in a way you could understand?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. show respect for what you had to say?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. spend enough time with you?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

8. During the last 12 months, how often did you have a hard time speaking with or understanding a doctor or other health providers because of language differences?

Never 1 ☐
Sometimes 2 ☐
Usually 3 ☐
Always 4 ☐

9. In the past 12 months have you used a *curandero, santero, espiritista* or other alternative care to treat any physical or emotional health concerns?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Refused 2 ☐
Don't know 9 ☐

10. What type of health insurance coverage do you currently have?

	No	Yes	
a. None, no insurance and currently not covered	0 ☐	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 11**
b. Coverage provided through a current or former employer or labor union (excluding military coverage)	0 ☐	1 ☐	
c. Coverage through an individual plan	0 ☐	1 ☐	
d. Coverage through Medicaid	0 ☐	1 ☐	
e. Coverage through Medicare	0 ☐	1 ☐	
f. Coverage provided through the military (e.g. CHAMPUS or Tri-Care)	0 ☐	1 ☐	
g. Coverage through the Indian Health Services	0 ☐	1 ☐	
h. Other	0 ☐	1 ☐	
i. Refused	0 ☐	1 ☐	
j. Don't know	0 ☐	1 ☐	

IF PARTICIPANTS REPORTS HAVING HEALTH INSURANCE COVERAGE → END QUESTIONNAIRE

11. About how long has it been since you last had health insurance coverage?

6 months or less	1 ☐	
More than 6 months, but not more than 1 year ago	2 ☐	
More than 1 year, but not more than 3 years ago	3 ☐	
More than 3 years	4 ☐	
Never had insurance	5 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**

12. Which of these are reasons you stopped being covered by health insurance?

	No	Yes
a. Person in family with health insurance lost job or changed employers	0 ☐	1 ☐
b. Got divorced or separated/death of spouse or parent	0 ☐	1 ☐
c. Became ineligible because of age/left school	0 ☐	1 ☐
d. Employer does not offer coverage or not eligible for coverage	0 ☐	1 ☐
e. Cost is too high; Insurance company refused coverage	0 ☐	1 ☐
f. Medicaid/medical plan stopped after pregnancy	0 ☐	1 ☐
g. Lost Medicaid/medical plan because of new job or increase in income	0 ☐	1 ☐
h. Lost Medicaid (other reason not listed above)	0 ☐	1 ☐
i. Other	0 ☐	1 ☐
If other, please specify: _____		
j. Refused	0 ☐	1 ☐
k. Don't Know	0 ☐	1 ☐

HCHS/SOL Health Care Use

ID NUMBER:									FORM CODE: HCE VERSION: B 08/12/10	Contact Occasion		SEQ #	

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

1. In the past 12 months, where did you receive most of your health care?

In the United States	1 ☐
In my country of origin (if not U.S.)	2 ☐
In another country	3 ☐
Did not receive any care the past 12 months	4 ☐
Refused	5 ☐

2. Was there a time in the past 12 months when you needed health care, but could not get it?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Yes	1 ☐	
Refused	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Don't know	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**

3. What reason(s) did you not get health care in the past 12 months when you needed it?

	No	Yes
a. You couldn't get through on the telephone	0 ☐	1 ☐
b. You couldn't get an appointment soon enough	0 ☐	1 ☐
c. Once you get there, you had to wait too long to see the doctor	0 ☐	1 ☐
d. The clinic/doctor's office wasn't open when you could get there	0 ☐	1 ☐
e. You didn't have transportation	0 ☐	1 ☐
f. You had no access to an interpreter	0 ☐	1 ☐
g. You couldn't take time off from work	0 ☐	1 ☐
h. You were concerned about any legal consequences	0 ☐	1 ☐
i. You were taking care of someone and could not leave them alone	0 ☐	1 ☐
j. You couldn't afford it.	0 ☐	1 ☐

IF YES TO 3j → 4. During the past 12 months, did you need any of the following but, didn't get it because you couldn't afford it?

	No	Yes
a. Prescription medications	0 ☐	1 ☐
b. To go to see a doctor	0 ☐	1 ☐
c. Mental health care or counseling	0 ☐	1 ☐
d. Dental care	0 ☐	1 ☐
e. Eyeglasses	0 ☐	1 ☐

5. During the past 12 months, how many times did you see a physician or health care provider for your health care?

☐☐ Number of times

IF RESPONSE TO QUESTION 5 IS ZERO → GO TO QUESTION 9

6. During the last 12 months, how often did office staff at a doctor's office or clinic…

	Never	Sometimes	Usually	Always
a. treat you with courtesy and respect?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. be as helpful as you thought they should be?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

7. During the last 12 months, how often did doctors or other health providers…

	Never	Sometimes	Usually	Always
a. listen carefully to you?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. explain things in a way you could understand?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. show respect for what you had to say?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. spend enough time with you?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

8. During the last 12 months, how often did you have a hard time speaking with or understanding a doctor or other health providers because of language differences?

Never 1 ☐
Sometimes 2 ☐
Usually 3 ☐
Always 4 ☐

9. In the past 12 months have you used a *curandero, santero, espiritista* or other alternative care to treat any physical or emotional health concerns?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Refused 2 ☐
Don't know 9 ☐

10. The next questions are about health insurance.

a. Do you have health insurance or other health care coverage? No 0 ☐ **IF NO GO TO Q 11**
Yes 1 ☐

What type of health insurance or health care coverage do you have?

	No	Yes
b. Coverage provided through a current or former employer or labor union (excluding military coverage)	0 ☐	1 ☐
c. Coverage through an individual plan	0 ☐	1 ☐
d. Coverage through Medicaid	0 ☐	1 ☐
e. Coverage through Medicare	0 ☐	1 ☐
f. Coverage provided through the military (e.g. CHAMPUS or Tri-Care)	0 ☐	1 ☐
g. Coverage through the Indian Health Services	0 ☐	1 ☐
h. Other	0 ☐	1 ☐
i. Refused	0 ☐	1 ☐
j. Don't know	0 ☐	1 ☐

IF PARTICIPANTS REPORTS HAVING HEALTH INSURANCE COVERAGE → END QUESTIONNAIRE

11. About how long has it been since you last had health insurance coverage?

6 months or less 1 ☐
More than 6 months, but not more than 1 year ago 2 ☐
More than 1 year, but not more than 3 years ago 3 ☐
More than 3 years 4 ☐
Never had insurance 5 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

12. Which of these are reasons you stopped being covered by health insurance?

	No	Yes
a. Person in family with health insurance lost job or changed employers	0 ☐	1 ☐
b. Got divorced or separated/death of spouse or parent	0 ☐	1 ☐
c. Became ineligible because of age/left school	0 ☐	1 ☐
d. Employer does not offer coverage or not eligible for coverage	0 ☐	1 ☐
e. Cost is too high; Insurance company refused coverage	0 ☐	1 ☐
f. Medicaid/medical plan stopped after pregnancy	0 ☐	1 ☐
g. Lost Medicaid/medical plan because of new job or increase in income	0 ☐	1 ☐
h. Lost Medicaid (other reason not listed above)	0 ☐	1 ☐
i. Other	0 ☐	1 ☐
If other, please specify: _____		
j. Refused	0 ☐	1 ☐
k. Don't Know	0 ☐	1 ☐

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

HCHS/SOL Health Care Use_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: HCS
VERSION: A 1/02/08

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

1. En los últimos 12 meses, ¿dónde recibió usted la mayor parte de su atención médica?

En los Estados Unidos	1 ☐
En mi país de origen (si no es los EEUU)	2 ☐
En otro país	3 ☐
No recibí ninguna atención médica en los últimos 12 meses	4 ☐
Rehusó	5 ☐

2. En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que necesitó atención médica pero no pudo obtenerla?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Sí	1 ☐	
Rehusó	2 ☐	
No sabe	9 ☐	

3. En los últimos 12 meses, ¿por qué razón o razones no recibió usted atención médica cuando la necesitó?

	No	Sí
a. No pudo comunicarse por teléfono con el consultorio médico	0 ☐	1 ☐
b. No pudo obtener una cita lo suficientemente rápido	0 ☐	1 ☐
c. Cuando llegó al consultorio médico, tuvo que esperar demasiado para ver al doctor	0 ☐	1 ☐
d. La clínica/el consultorio médico no estaba abierto(a) cuando usted podía ir	0 ☐	1 ☐
e. No tenía medios de transporte	0 ☐	1 ☐
f. No tenía acceso a un intérprete	0 ☐	1 ☐
g. No podía tomar tiempo libre de su trabajo	0 ☐	1 ☐
h. Estaba preocupado(a) de que hubiera alguna consecuencia legal	0 ☐	1 ☐
i. Estaba cuidando a alguien y no podía dejarlo solo(a)	0 ☐	1 ☐
j. No podía pagarlo	0 ☐	1 ☐

IF YES TO 3j → 4. Durante los últimos 12 meses, ¿necesitó usted algo de lo siguiente, pero no lo obtuvo porque no podía pagarlo

	No	Sí
a. Medicamentos con receta médica	0 ☐	1 ☐
b. Ir a ver a un doctor	0 ☐	1 ☐
c. Cuidado o consulta de salud mental	0 ☐	1 ☐
d. Cuidado dental	0 ☐	1 ☐
e. Anteojos	0 ☐	1 ☐

5. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces vio usted a un/a doctor(a) u otro profesional de salud para recibir atención médica?

☐☐ Número de veces

IF RESPONSE TO QUESTION 5 IS ZERO → GO TO QUESTION 9

6. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal del consultorio médico o de una clínica…

	Nunca	Algunas veces	Usualmente	Siempre
a. lo(a) trató con cortesía y respeto?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. lo(a) ayudaron tanto como usted pensó deberían ayudarlo(a)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

7. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los doctores u otros proveedores de cuidados de salud…

	Nunca	Algunas veces	Usualmente	Siempre
a. le escucharon con atención?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. le explicaron las cosas de manera que usted pudiera entender?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. demostraron respeto a lo que usted tenía que decir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. le dedicaron tiempo suficiente?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

8. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia le fue difícil hablar con un doctor o entender a un doctor o a otros profesionales de salud porque ustedes hablaban en idiomas diferentes?

Nunca	1 ☐
Algunas veces	2 ☐
Usualmente	3 ☐
Siempre	4 ☐

9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted un curandero, santero, espiritista u otro servicio de medicina tradicional para tratar cualquier problema de salud emocional o física?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
Rehusó	2 ☐
No sabe	9 ☐

10. ¿Qué tipo de seguro médico tiene usted en la actualidad?

	No	Sí	
a. Ninguno, ningún seguro y sin cobertura en la actualidad	0 ☐	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 11**
b. Cobertura ofrecida a través de su empleador anterior o actual o un sindicato (sin incluir cobertura militar)	0 ☐	1 ☐	
c. Cobertura a través de un plan individual	0 ☐	1 ☐	
d. Cobertura a través de Medicaid	0 ☐	1 ☐	
e. Cobertura a través de Medicare	0 ☐	1 ☐	
f. Cobertura ofrecida a través del personal militar (por ejemplo, CHAMPUS o Tri-Care)	0 ☐	1 ☐	
g. Cobertura a través de los servicios de salud para indios americanos	0 ☐	1 ☐	
h. Otro	0 ☐	1 ☐	
i. Rehusó	0 ☐	1 ☐	
j.. No sabe	0 ☐	1 ☐	

IF PARTICIPANTS REPORTS HAVING HEALTH INSURANCE COVERAGE → END QUESTIONNAIRE

11. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que usted tuvo seguro médico?

6 meses o menos	1 ☐
Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año	2 ☐
Hace más de un año, pero no más de 3 años	3 ☐
Más de 3 años	4 ☐
Nunca ha tenido seguro	5 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

12. ¿Cuál de las siguientes razones hicieron que usted dejara de tener seguro médico?

	No	Sí
a. Alguien en la familia con seguro médico perdió el empleo o cambió de empleador	0 ☐	1 ☐
b. Se divorció o separó/muerte del (la) esposo(a) o padre/madre	0 ☐	1 ☐
c. Perdió el derecho a tener seguro médico debido a la edad/dejó la escuela	0 ☐	1 ☐
d. El empleador no ofrece cobertura o usted no reúne los requisitos para obtener cobertura	0 ☐	1 ☐
e. El precio es muy alto; la compañía de seguros se rehúsa a dar cobertura	0 ☐	1 ☐
f. Cobertura de Medicaid/plan médico terminó después del embarazo	0 ☐	1 ☐
g. Perdió cobertura de Medicaid/plan médico porque tiene un nuevo empleo o aumentaron sus ingresos	0 ☐	1 ☐
h. Perdió cobertura de Medicaid (por otra razón no mencionada anteriormente)	0 ☐	1 ☐
i. Otra	0 ☐	1 ☐
Si es otra razón, por favor, especifique: _____		
j. Rehusó	0 ☐	1 ☐
k. No sabe	0 ☐	1 ☐

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

HCHS/SOL Hearing Exam Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: HEE VERSION: A 8/23/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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. These questions must be asked *before* the hearing examination begins.

A. Self Assessed Hearing Loss

1. Do you feel you have a hearing loss?
   - No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 5**
   - Yes 1 ☐
   - Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 5**

2. Which is your better ear?
   - Left 1 ☐
   - Right 2 ☐
   - No difference 3 ☐
   - Don't know/refused 9 ☐

3. Was your hearing loss sudden or gradual?
   - Sudden 1 ☐
   - Gradual 2 ☐
   - Don't know/refused 9 ☐

4. How old were you when your hearing loss developed?
   - Less than 5 years old 1 ☐
   - 5 to 19 years 2 ☐
   - 20 to 29 years 3 ☐
   - 30 to 39 years 4 ☐
   - 40 to 49 years 5 ☐
   - 50 to 59 years 6 ☐
   - 60 to 69 years 7 ☐
   - 70 years or more 8 ☐
   - Don't know/refused 9 ☐

B. Tinnitus

5. In the past year have you had buzzing, ringing, or noise in your ears?
   - No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
   - Yes 1 ☐
   - Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 10**

6. Does this noise usually last longer than 5 minutes?
   No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

7. Do you hear this noise only following very loud sounds (i.e. concerts, shooting, or noise at work)?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

8. Does this noise cause you to have problems getting to sleep?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

9. In the past 12 months, how often have you had this ringing, roaring, or buzzing in your ears or head?
Almost always 1 ☐
At least once a day 2 ☐
At least once a week 3 ☐
At least once a month 4 ☐
Less than once a month 5 ☐
Don't know/refused 9 ☐

C. Hearing Medical History

10. When was the last time you saw a doctor or other health care professional about any hearing or ear problems?
Never 0 ☐
Past year 1 ☐
1 to 2 years 2 ☐
3 to 4 years 3 ☐
5 to 9 years 4 ☐
10 to 14 years 5 ☐
15 years or more 6 ☐
Don't know/refused 9 ☐

11. When was the last time you had your hearing tested?
Never 0 ☐
Past year 1 ☐
1 to 2 years 2 ☐
3 to 4 years 3 ☐
5 to 9 years 4 ☐
10 to 14 years 5 ☐
15 years or more 6 ☐
Don't know/refused 9 ☐

12. Have you ever had surgery on your ears?
No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
Yes 1 ☐
Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 14**

13. What type of surgery was done?
Tympanoplasty 1 ☐
Mastoidectomy 2 ☐
Stapedectomy 3 ☐
Cochlear implant 4 ☐
Other 5 ☐

14. Have you ever had tubes in your ears?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16**
- Yes 1 ☐
- Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 16**

15. Do you have tubes in now?
- No 0 ☐
- Yes, on right 1 ☐
- Yes, on left 2 ☐
- Yes, one (side unknown) 3 ☐
- Yes, both sides 4 ☐
- Don't know/refused 9 ☐

16. Have you ever had an acoustic neuroma?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

17. Have you ever had a cholesteatoma?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

18. Has a doctor ever told you that you have Meniere's Disease?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

19. Has a doctor ever told you that you have otosclerosis?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

20. Have you had a cold, sinus problem, or earache in the last 24 hrs?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

21. Have you been exposed to loud music or listened to music with headphones in the past 24 hours?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

22. Have you been exposed to any other loud noise in the past 24 hours?
No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

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

HCHS/SOL Hearing Exam Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: HES
VERSION: A 9/20/07

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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. These questions must be asked *before* the hearing examination begins.

A. Self Assessed Hearing Loss

1. ¿Siente usted que ha perdido la capacidad de oír?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Sí	1 ☐	
No sabe/rehusó	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**

2. ¿Cuál es su mejor oído?

Izquierdo	1 ☐
Derecho	2 ☐
No hay diferencia	3 ☐
No sabe/rehusó	9 ☐

3. ¿Fue la pérdida de su audición de repente o poco a poco?

De repente	1 ☐
Poco a poco	2 ☐
No sabe/rehusó	9 ☐

4. ¿Cuántos años tenía usted cuando comenzó su pérdida de audición?

Menor de 5 años	1 ☐
De 5 a 19 años	2 ☐
De 20 a 29 años	3 ☐
De 30 a 39 años	4 ☐
De 40 a 49 años	5 ☐
De 50 a 59 años	6 ☐
De 60 a 69 años	7 ☐
70 años o más	8 ☐
No sabe/rehusó	9 ☐

B. Tinnitus

5. En el último año, ¿ha sentido usted zumbido, silbido o ruido en sus oídos?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 10**
Sí	1 ☐	
No sabe/rehusó	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 10**

6. Por lo general, ¿dura este ruido más de 5 minutos?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

7. ¿Usted escucha este ruido solamente después de escuchar sonidos muy fuertes (por ejemplo, conciertos, disparos o ruidos en el lugar de trabajo)?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

8. ¿Le causa este ruido problemas para dormir?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

9. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sentido usted estos silbidos, ruidos o zumbidos en sus oídos o en su cabeza?

Casi siempre 1 ☐
Por lo menos una vez al día 2 ☐
Por lo menos una vez a la semana 3 ☐
Por lo menos una vez al mes 4 ☐
Menos de una vez al mes 5 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐

C. Hearing Medical History

10. ¿Cuándo fue la última vez que usted vio a un doctor u otro profesional de la salud acerca de su audición o problemas con el oído?

Nunca 0 ☐
El año pasado 1 ☐
De 1 a 2 años atrás 2 ☐
De 3 a 4 años atrás 3 ☐
De 5 a 9 años atrás 4 ☐
De 10 a 14 años atrás 5 ☐
15 años o más 6 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐

11. ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron una prueba de audición?

Nunca 0 ☐
El año pasado 1 ☐
De 1 a 2 años atrás 2 ☐
De 3 a 4 años atrás 3 ☐
De 5 a 9 años atrás 4 ☐
De 10 a 14 años atrás 5 ☐
15 años o más 6 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐

12. ¿Alguna vez ha tenido cirugía en sus oídos?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
Sí 1 ☐
No sabe/rehusó 9 ☐ → **GO TO QUESTION 14**

13. ¿Qué tipo de cirugía le realizaron?

Timpanoplastia 1 ☐
Mastoidectomía 2 ☐
Estapedectomía 3 ☐
Implante coclear 4 ☐
Otro 5 ☐

14. ¿Alguna vez ha tenido tubos en sus oídos?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
Sí	1 ☐	
No sabe/rehusó	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**

15. ¿Tiene tubos en sus oídos actualmente?

No	0 ☐
Sí, en el derecho	1 ☐
Sí, en el izquierdo	2 ☐
Sí, en uno (desconoce el lado)	3 ☐
Sí, en ambos lados	4 ☐
No sabe/rehusó	9 ☐

16. ¿Alguna vez ha tenido un neuroma acústico?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

17. ¿Alguna vez ha tenido un colesteatoma?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

18. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene la enfermedad de Meniere?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

19. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene otosclerosis?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

20. ¿Ha tenido usted un resfriado, congestión nasal o dolor de oído durante las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

21. ¿Ha estado usted expuesto(a) a música muy fuerte o ha escuchado música con audífonos en las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

22. ¿Ha estado usted expuesto(a) a cualquier otro ruido muy fuerte en las últimas 24 horas?

No 0 ☐ Sí 1 ☐ No sabe/rehusó 9 ☐

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

HCHS/SOL Hearing History Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: HHE VERSION: A 8/23/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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. Which statement best describes your hearing (without a hearing aid)?

Excellent	0 ☐
Good	1 ☐
Have a little trouble	2 ☐
Have moderate trouble	3 ☐
Have a lot of trouble	4 ☐
Deaf	5 ☐

2. Are you age 65, or older?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **GO TO QUESTION 13**

A. Hearing Loss in Participants <u>Younger</u> than Age 65

Please answer yes, no, or sometimes to each of the following questions. Questions refer to your hearing. If you use a hearing aid, please answer the way you hear without the aid.

3. Does a hearing problem cause you to feel embarrassed when meeting new people?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

4. Does a hearing problem cause you to feel frustrated when talking to members of your family?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

5. Does a hearing problem cause you difficulty hearing/understanding coworkers, clients, or customers?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

6. Do you feel handicapped by a hearing problem?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

7. Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends, relatives, or neighbors?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

8. Does a hearing problem cause you difficulty in the movies or theater?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

9. Does a hearing problem cause you to have arguments with family members?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

10. Does a hearing problem cause you difficulty when listening to TV or radio?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

11. Do you feel that any difficulty with your hearing limits or hampers your personal or social life?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

12. Does a hearing problem cause you difficulty when in a restaurant with relatives or friends?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

GO TO SECTION C, QUESTION 23

B. Hearing Loss in Participants Age 65 and Older

Please answer yes, no, or sometimes to each of the following questions. Questions refer to your hearing. If you use a hearing aid, please answer the way you hear without the aid.

13. Does a hearing problem cause you to feel embarrassed when meeting new people?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

14. Does a hearing problem cause you to feel frustrated when talking to members of your family?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

15. Do you have difficulty hearing when someone speaks in a whisper?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

16. Do you feel handicapped by a hearing problem?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

17. Does a hearing problem cause you difficulty when visiting friends, relatives, or neighbors?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

18. Does a hearing problem cause you to attend religious services less often than you would like?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

19. Does a hearing problem cause you to have arguments with family members?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

20. Does a hearing problem cause you difficulty when listening to TV or radio?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

21. Do you feel that any difficulty with your hearing limits or hampers your personal or social life?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

22. Does a hearing problem cause you difficulty when in a restaurant with relatives or friends?
No 0 ☐ Sometimes 1 ☐ Yes 2 ☐

C. Hearing Aid Use

23. Have you ever worn a hearing aid?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 27**
- Yes 1 ☐
- Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

24. In the past 12 months, have you worn a hearing aid?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 27**
- Yes 1 ☐
- Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 27**

25. How long have you used a hearing aid?
- Less than 6 weeks 1 ☐
- 6 weeks to 11 months 2 ☐
- 1 to 2 years 3 ☐
- 3 to 4 years 4 ☐
- 5 to 9 years 5 ☐
- 10 to 14 years 6 ☐
- 15 years or more 7 ☐
- Don't know/refused 9 ☐

26. In the past 12 months how often did you use a hearing aid?
- Always 1 ☐
- Usually 2 ☐
- About half the time 3 ☐
- Seldom 4 ☐
- Never 5 ☐
- Don't know/refused 9 ☐

D. Noise Exposure

27. Have you ever served in the military?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 30**
- Yes 1 ☐
- Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 30**

28. How long did you serve?
- Less than 2 years 1 ☐
- 2 to 5 years 2 ☐
- More than 5 years 3 ☐
- Don't know/refused 9 ☐

29. Did you ever use hearing protection during your service?

No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/Refused 9 ☐

30. Have you ever fired a gun (not in military)?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 32**
- Yes 1 ☐
- Don't know/refused 9 ☐ → **GO TO QUESTION 32**

31. In the past year, how many days have you fired a gun?
- None 1 ☐
- 1 to 5 days 2 ☐
- 6 to 10 days 3 ☐
- More than 10 days 4 ☐
- Don't know/refused 9 ☐

32. Outside of work have you ever been exposed to loud noise, such as noise from power tools or loud music for an average of at least once a month for a year?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 34**
Yes	1 ☐	
Don't know/refused	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 34**

33. Have you ever worn hearing protection devices when exposed to these loud noises?

No 0 ☐ Yes 1 ☐ Don't know/refused 9 ☐

34. Did you listen to a personal music system (iPod, MP3, or CD) using earphones in the last 7 days?

No	0 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**
Yes	1 ☐	
Don't know/refused	9 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**

35. Approximately how many hours did you spend listening to your personal system in the past week?

Less than 1 hour	1 ☐
1 to 2 hours	2 ☐
3 to 4 hours	3 ☐
5 to 7 hours	4 ☐
8 to 9 hours	5 ☐
10 or more hours	6 ☐

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

HCHS/SOL Hearing History Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

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

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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 ☐
Bueno	1 ☐
Tiene un problema ligero	2 ☐
Tiene un problema moderado	3 ☐
Tiene un gran problema	4 ☐
Es sordo(a)	5 ☐

2. ¿Tiene usted 65 años de edad o más? No 0 ☐
Sí 1 ☐ → **GO TO QUESTION 13**

A. Hearing Loss in Participants <u>Younger</u> 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 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

4. ¿El problema de audición le hace sentirse frustrado(a) cuando habla con otros miembros de su familia?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

5. ¿El problema de audición le causa dificultad al escuchar/entender a sus compañeros de trabajo o clientes?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

6. ¿Se siente usted discapacitado(a) por tener un problema de audición?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

7. ¿El problema de audición le causa dificultad cuando visita amistades, familiares o vecinos?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

8. ¿El problema de audición le causa dificultad en el cine o el teatro?
No 0 ☐ Algunas veces 1 ☐ Sí 2 ☐

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**

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 ☐

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

HCHS/SOL Medical/Family History Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: MHE VERSION: A 12/21/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

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. If age of onset is unknown enter the special missing value, "==", in the item.

Did you or any of your blood relatives have any of the following conditions? Do not include half-brothers or half-sisters.

1. Has a doctor ever said that you have high blood pressure or hypertension?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**

1a. Was this during pregnancy only?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had high blood pressure or hypertension?

1b. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
1c. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
1d. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

2. Has a doctor ever said that you have high blood cholesterol?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had high blood cholesterol?

2a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
2b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
2c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

3. Has a doctor ever said that you have angina?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 3b**
Yes 1 ☐

3a. At what age were you first told this?

☐☐ Age in years

Has a doctor ever said that these relatives had angina?

3b. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
3c. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
3d. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

4. Has a doctor ever said that you had a heart attack?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4b**
Yes 1 ☐

4a. At what age were you first told this?

☐☐ Age in years

Has a doctor ever said that these relatives had a heart attack?

4b. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐	Age	☐☐
4c. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐	Age	☐☐
4d. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐	Age	☐☐

5. Has a doctor ever said that you had heart failure?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had heart failure?

5a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
5b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
5c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

6. Has a doctor ever said that you had rheumatic heart disease?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had rheumatic heart disease?

6a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
6b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
6c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

7. Has a doctor ever told you that you had atrial fibrillation?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

8. Has a doctor ever said that you had some other kind of heart problem?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
If yes, please specify: _____

9. Have you had a balloon angioplasty, a stent, or bypass surgery to the arteries in your heart to improve the blood flow to your heart?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Have these relatives had a balloon angioplasty or bypass surgery to the arteries in their heart to improve the blood flow to the heart?

9a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
9b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
9c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐

10. Has a doctor ever said that you had a stroke?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had a stroke?

10a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
10b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
10c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐

11. Has a doctor ever said that you had a mini-stroke or TIA (transient ischemic attack)?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

12. Have you had a balloon angioplasty or surgery to the arteries of your neck to prevent or correct a stroke?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

13. Has a doctor ever said that you have an aortic aneurysm, an AAA, or ballooning of your aorta?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had an aortic aneurysm, an AAA, or ballooning of their aorta?

13a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
13b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
13c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐

14. Has a doctor ever said that you have peripheral arterial disease (problems with circulation, blocked arteries to the legs)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 15a**
Yes 1 ☐

15. Have you had an operation, a balloon angioplasty, a stent, or an amputation for this condition?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had peripheral arterial disease?

15a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
15b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐
15c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes 1 ☐

16. Has a doctor ever said that you have diabetes (high sugar in blood or urine)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16e**
Yes 1 ☐

16a. At what age were you first told this?

☐☐ Age in years

16b. FOR WOMEN: Was this during pregnancy only?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

16c. Are you being treated with insulin?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16e**
Yes 1 ☐

16d. Was insulin the first medicine used for diabetes?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had diabetes?

16e. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
16f. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
16g. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

17. Has a doctor ever said that you have kidney problems?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

18. Has a doctor ever said that you have liver disease?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 19**
Yes 1 ☐

What type of liver disease?

18a. Hepatitis
No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18c**
Yes 1 ☐

18b. What type?
Type A 1 ☐
Type B 2 ☐
Type C 3 ☐
Don't know 4 ☐

18c. Cirrhosis
No 0 ☐
Yes 1 ☐

18d. Other
No 0 ☐
Yes 1 ☐

19. Have you had heartburn (a burning pain or discomfort behind the breast bone in your chest) in the past year?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 20**
Yes 1 ☐

19a. How often have you had heartburn in the past year?

Less than once per month 1 ☐
About once per month 2 ☐
About once per week 3 ☐
Several times per week 4 ☐
Daily 5 ☐

20. Have you had acid regurgitation (a bitter or sour-tasting fluid coming into your throat or mouth) in the past year?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 21**
Yes 1 ☐

20a. How often have you had acid regurgitation in the past year?

Less than once per month 1 ☐
About once per month 2 ☐
About once per week 3 ☐
Several times per week 4 ☐
Daily 5 ☐

21. Has a doctor ever said that you have migraine headaches (with or without an aura)?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had migraine headaches?

21a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
21b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
21c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

22. Has a doctor ever said that you have a blood clot in your leg vein or lung requiring blood thinning medicine?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

23. Do you have painful inflammation or swelling of your joints that limits your activities?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had painful inflammation or swelling of their joints that limits activities?

23a. Mother	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
23b. Father	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐
23c. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know	0 ☐	Yes	1 ☐

24. Have you ever been told by a doctor that you have a sleep disorder?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 26**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 26**

25. Which sleep disorder(s)?

	No	Yes
a. Insomnia	0 ☐	1 ☐
b. Restless legs	0 ☐	1 ☐
c. Narcolepsy	0 ☐	1 ☐
d. Apnea	0 ☐	1 ☐ → **IF RESPONSE TO Q25d IS "YES", ASK Q25d.1.**
e. Other	0 ☐	1 ☐

If other, please specify: _____

↳ **25d.1. Have you been prescribed a CPAP or BIPAP machine, or a device to wear in your mouth to treat your sleep apnea?**

No 0 ☐
Yes 1 ☐

26. Has a doctor ever said that you have cancer or a malignant tumor?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 26b**
Yes 1 ☐

26a. What type?	No	Yes
a1. Lung	0 ☐	1 ☐
a2. Breast	0 ☐	1 ☐
a3. Cervical	0 ☐	1 ☐
a4. Blood/lymph glands	0 ☐	1 ☐
a5. Testes/scrotum	0 ☐	1 ☐
a6. Bone	0 ☐	1 ☐
a7. Melanoma	0 ☐	1 ☐
a8. Skin (not melanoma)	0 ☐	1 ☐
a9. Brain	0 ☐	1 ☐
a10. Stomach	0 ☐	1 ☐
a11. Colon	0 ☐	1 ☐
a12. Uterine	0 ☐	1 ☐
a13. Prostate	0 ☐	1 ☐
a14. Liver	0 ☐	1 ☐
a15. Other	0 ☐	1 ☐

Has a doctor ever said that these relatives had cancer or a malignant tumor?

26b. Mother	No or Don't know 0 ☐	Yes 1 ☐	
26c. Father	No or Don't know 0 ☐	Yes 1 ☐	
26d. Brother(s) or sister(s)	No or Don't know 0 ☐	Yes 1 ☐	

MEN → STOP, END QUESTIONNAIRE

WOMEN → GO TO QUESTION 27

FOR WOMEN ONLY

27. At what age did your menses begin?

☐☐ Age in years

28. Do you currently have menstrual periods?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **GO TO QUESTION 34**
Don't know 9 ☐

29. Have you had a hysterectomy?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 31**
Yes, with removal of both ovaries 1 ☐
Yes, without removal of both ovaries 2 ☐
Yes, uncertain if ovaries removed 3 ☐

30. Age at surgery? ☐☐ Age in years → **GO TO QUESTION 31**

31. Have you reached menopause (change of life)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 33**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 33**

32. At what age? ☐☐ Age in years→ **GO TO QUESTION 34**

33. Are you currently pregnant?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐

34. Have you ever been pregnant?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 37**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 37**

35. How many times have you been pregnant? ☐☐ Number of pregnancies

36. How many live births have you had? ☐☐ Number of live births

37. Have you ever taken birth control pills or other birth control medication?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

38. Are you currently taking female hormones other than birth control pills?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

39. Do you take these female hormones to supplement your natural hormones?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

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

HCHS/SOL Medical/Family History Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: MHS VERSION: A 1/24/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

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. If age of onset is unknown enter the special missing value, "==", in the item.

¿Tuvo usted o alguno de sus familiares consanguíneos alguna de las siguientes enfermedades? NO incluya medios(as) hermanos(as).

1. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

No 0 ☐
Sí 1 ☐ → **FOR WOMEN: GO TO QUESTION 1a**

1a. ¿Sucedió esto durante el embarazo solamente?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron presión sanguínea alta o hipertensión?

1b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
1c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
1d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

2. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene el colesterol alto?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron el colesterol alto?

2a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
2b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
2c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

3. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene angina de pecho?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 3b**
Sí 1 ☐

3a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

☐☐ Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron angina?

3b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
3c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
3d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

4. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un ataque al corazón?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4b**
Sí 1 ☐

4a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

☐☐ Edad en años

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un ataque al corazón?

4b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
4c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
4d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

5. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo insuficiencia cardiaca o falla cardiaca?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una falla cardiaca?

5a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
5b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
5c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

6. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo enfermedad reumática del corazón?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una enfermedad reumática del corazón?

6a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
6b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
6c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

7. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo fibrilación atrial (del corazón)?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

8. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo algún otro problema del corazón?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
*Si "sí," por favor, especifique:*_____

9. ¿Le han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), o le han puesto un "stent", o le han hecho cirugía de bypass del corazón?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Les han hecho procedimientos como angioplastia con balón, (para dilatarle los vasos del corazón), a estos familiares, o le han puesto un "stent", o le han hecho "bypass" en el corazón?

9a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
9b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
9c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

10. ¿Alguna vez algún doctor le ha dicho que usted tuvo un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron un derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral?

10a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
10b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
10c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

11. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un derrame (ataque) cerebral pequeño o transitorio conocido como TIA en inglés?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

12. ¿Le han hecho una angioplastia con balón (dilatación) o cirugía de las arterias del cuello para prevenir o corregir una apoplejía o derrame (ataque) cerebral?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

13. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene o tuvo un aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una aneurisma en la aorta, un aneurisma aórtico abdominal (AAA, por sus siglas en inglés) o dilatación de su aorta?

13a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
13b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
13c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

14. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene enfermedad arterial periférica (problemas con la circulación, arterias bloqueadas en sus piernas)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 15a**
Sí 1 ☐

15. ¿Ha tenido usted un "bypass", una angioplastia con balón, le han puesto un "stent", o le han amputado una extremidad (pierna o pie) debido a esta condición?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron enfermedad arterial periférica?

15a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
15b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
15c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

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

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16e**
Sí 1 ☐

16a. ¿A qué edad le dijeron esto por primera vez?

☐☐ Edad en años

16b. PARA MUJERES: ¿Fue esto durante el embarazo solamente?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

16c. ¿Está usando insulina?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 16e**
Sí 1 ☐

16d. ¿Fue la insulina la primera medicina que se usó para la diabetes?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron diabetes?

16e. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
16f. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
16g. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

17. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene problemas de los riñones?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

18. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene una enfermedad del hígado?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 19**
Sí 1 ☐

¿Qué tipo de enfermedad del hígado?

18a. Hepatitis
No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18c**
Sí 1 ☐

18b. ¿Qué tipo?
Hepatitis A 1 ☐
Hepatitis B 2 ☐
Hepatitis C 3 ☐
No sabe 4 ☐

18c. Cirrosis
No 0 ☐
Sí 1 ☐

18d. Otra
No 0 ☐
Sí 1 ☐

19. ¿Ha tenido usted acidez (una sensación de ardor o incomodidad) en su pecho durante el último año?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 20**
Sí 1 ☐

19a. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted acidez durante el ultimo año?

Menos de una vez al mes 1 ☐
Alrededor de una vez al mes 2 ☐
Alrededor de una vez a la semana 3 ☐
Varias veces a la semana 4 ☐
Todos los días 5 ☐

20. ¿Ha tenido usted reflujo ácido, agrura (un líquido con sabor amargo o agrio que viene del estómago a su garganta o boca) durante el último año?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 21**
Sí 1 ☐

20a. ¿Con qué frecuencia ha tenido usted reflujo ácido durante el último año?

Menos de una vez al mes 1 ☐
Alrededor de una vez al mes 2 ☐
Alrededor de una vez a la semana 3 ☐
Varias veces a la semana 4 ☐
Todos los días 5 ☐

21. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene migrañas (jaquecas), con o sin un aura?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron migrañas?

21a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
21b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
21c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

22. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tuvo un coágulo en alguna de las venas de sus piernas o en el pulmón para lo cual se usó medicamentos para evitar que la sangre se coagule (para hacerla más fina)?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

23. ¿Tiene usted una inflamación dolorosa o hinchazón en sus articulaciones que limite sus actividades?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron una inflamación dolorosa o hinchazón de las articulaciones que limite sus actividades?

23a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
23b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
23c. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

24. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene un problema para dormir o problemas del sueño?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 26**
Sí	1 ☐	
No sabe	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 26**

25. ¿Qué problema del sueño le dijo que tiene?

	No	Sí	
a. Insomnio	0 ☐	1 ☐	
b. Síndrome de piernas inquietas	0 ☐	1 ☐	
c. Narcolepsia	0 ☐	1 ☐	
d. Apnea	0 ☐	1 ☐	→ **IF RESPONSE TO Q25d IS "YES", ASK Q25d.1.**
e. Otro	0 ☐	1 ☐	

Si otro, por favor especifique: _____

↳ **25d.1. ¿Alguna vez le han recetado usar una máquina (CPAP o BIPAP, por sus siglas en inglés) o algún dispositivo (aparato) para el tratamiento de la apnea del sueño?**

No	0 ☐
Sí	1 ☐

26. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tiene o tuvo cáncer o un tumor maligno?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 26b**
Sí	1 ☐	

26a. ¿De qué tipo?

	No	Sí
a1. Pulmón	0 ☐	1 ☐
a2. Seno	0 ☐	1 ☐
a3. Cuello de la matriz	0 ☐	1 ☐
a4. Leucemia o linfoma	0 ☐	1 ☐
a5. Testículos/escroto	0 ☐	1 ☐
a6. Huesos	0 ☐	1 ☐
a7. Melanoma	0 ☐	1 ☐
a8. Otro cáncer de la piel (que no sea melanoma)	0 ☐	1 ☐
a9. Cerebro	0 ☐	1 ☐
a10. Estómago	0 ☐	1 ☐
a11. Intestino	0 ☐	1 ☐
a12. Del útero	0 ☐	1 ☐
a13. Próstata	0 ☐	1 ☐
a14. Hígado	0 ☐	1 ☐
a15. Otro	0 ☐	1 ☐

¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron cáncer o un tumor maligno?

26b. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
26c. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
26d. Hermano(s) o hermana(s)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

MEN → STOP, END QUESTIONNAIRE

WOMEN → GO TO QUESTION 27

FOR WOMEN ONLY

27. ¿A qué edad comenzó a tener la regla?

☐☐ Edad en años

28. ¿Tiene usted actualmente períodos menstruales?

No 0 ☐
Sí 1 ☐ → **GO TO QUESTION 34**
No sabe 9 ☐

29. ¿Ha tenido usted una histerectomía?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 31**
Sí, han extraído ambos ovarios 1 ☐
Sí, sin extraer los ovarios 2 ☐
Sí, pero no está segura si los ovarios fueron extraídos 3 ☐

30. ¿A qué edad le hicieron esa cirugía? ☐☐ Edad en años

31. ¿Ha llegado usted a la menopausia (cambio de vida)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 33**
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 33**

32. ¿A qué edad? ☐☐ Edad en años → **GO TO QUESTION 34**

33. ¿Está usted embarazada actualmente?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐

34. ¿Alguna vez ha estado embarazada?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 37**
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 37**

35. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? ☐☐ Número de embarazos

36. ¿Cuántos de sus bebés nacieron vivos? ☐☐ Número de nacimientos vivos

37. ¿Alguna vez ha tomado píldoras anticonceptivas u otro tipo de medicamento para evitar el embarazo (para no tener hijos)?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

38. ¿Está usted tomando hormonas femeninas actualmente que no sean píldoras anticonceptivas?

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

39. ¿Toma usted estas hormonas femeninas para un suplemento de sus hormonales naturales?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

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

HCHS/SOL Medication Use Questionnaire

ID NUMBER:								

FORM CODE: MUE
VERSION: A 8/30/07

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. If a number is entered incorrectly, mark through the incorrect entry with an "=". Code the correct entry clearly above the incorrect entry.

A. Reception

As you know, HCHS/SOL is recording all prescription and over-the-counter medications used by participants in the past four weeks, including cold and allergy medications, vitamins, herbal remedies, and other supplements. These medications include solid and non-solid formulations that you may swallow, inhale, apply to the skin or hair, inject, implant, or place in the ears, eyes, nose, mouth, or any other part of the body. The letter you received about this appointment included a plastic bag for all your current medications and asked you to bring them to the clinic.

1. Did you bring all the medications that you used in the past four weeks, or their containers?

Yes, all of them 1 ☐ → **GO TO SECTION B, QUESTION 5**
No, some of them 2 ☐ → **GO TO SECTION A, QUESTION 3**
No, none of them 3 ☐

2. Is this because you forgot, because you have not taken any medications at all in the last four weeks, or because you could not bring your medications?

Took no medication 1 ☐ → **GO TO SECTION C, QUESTION 34**
Forgot or was unable to bring medication 2 ☐

That's alright. Since the information on medications is so important, we would still like to ask you about it during the interview.

3. May we follow up on this after the visit so that we can get the information from the other medication labels? *(Explain follow-up options)*

No or not applicable.. 0 ☐ → **Scan/transcribe what you can in Section B and attempt to convert refusals; indicate this on tracking form**

Yes..... 1 ☐

4. Describe method of follow-up to be used:_____

B. Medication Record

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC		Medication name (b)
5.			
	(c) Strength	(d) Units	
6.			
	(c) Strength	(d) Units	
7.			
	(c) Strength	(d) Units	
8.			
	(c) Strength	(d) Units	
9.			
	(c) Strength	(d) Units	
10.			
	(c) Strength	(d) Units	
11.			
	(c) Strength	(d) Units	
12.			
	(c) Strength	(d) Units	
13.			
	(c) Strength	(d) Units	
14.			
	(c) Strength	(d) Units	

#	(a) Medication UPC		Medication name (b)
15.		(c) Strength / (d) Units	
16.		(c) Strength / (d) Units	
17.		(c) Strength / (d) Units	
18.		(c) Strength / (d) Units	
19.		(c) Strength / (d) Units	
20.		(c) Strength / (d) Units	
21.		(c) Strength / (d) Units	
22.		(c) Strength / (d) Units	
23.		(c) Strength / (d) Units	
24.		(c) Strength / (d) Units	
25.		(c) Strength / (d) Units	

#	(a) Medication UPC		Medication name (b)
26.			
	(c) Strength	(d) Units	
27.			
	(c) Strength	(d) Units	
28.			
	(c) Strength	(d) Units	
29.			
	(c) Strength	(d) Units	

30. Total number of medications in bag.....

31. Number of medications in bag unable to successfully scan or transcribe

32. HCHS/SOL ID staff number of person scanning / transcribing medications

a. Scanner / transcriber (items 5-29): .....

b. Date of scanning / transcription: ..... / /
Month Day Year

C. Medication Use Interview

Now I would like to ask about a few specific medications.

33. Were any of the medications you took during the last four weeks for: *(If "Yes", verify that the medication NAME is on the medication record.)*

	No	Yes	Unknown
a. Asthma	0 ☐	1 ☐	9 ☐
b. Chronic bronchitis or emphysema	0 ☐	1 ☐	9 ☐
c. High blood sugar or diabetes	0 ☐	1 ☐	9 ☐
d. High blood pressure or hypertension	0 ☐	1 ☐	9 ☐
e. High blood cholesterol	0 ☐	1 ☐	9 ☐
f. Chest pain or angina	0 ☐	1 ☐	9 ☐
g. Abnormal heart rhythm	0 ☐	1 ☐	9 ☐
h. Heart failure	0 ☐	1 ☐	9 ☐
i. Blood thinning	0 ☐	1 ☐	9 ☐
j. Stroke	0 ☐	1 ☐	9 ☐
k. Mini-stroke or TIA	0 ☐	1 ☐	9 ☐
l. Leg pain while walking or claudication	0 ☐	1 ☐	9 ☐

34. During the last four weeks, did you take any aspirin or aspirin-containing products including Alka-Seltzer, cold and allergy medication or headache powder? This **excludes** acetaminophen (for example, Tylenol), ibuprofen (for example, Advil, Motrin or Nuprin), and naproxen (for example, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 37**
Yes 1 ☐
Unknown 9 ☐ → **GO TO QUESTION 37**

35. How many days during the last four weeks did you take aspirin or aspirin-containing medication?

☐☐ Number of days

If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 37**

36. For what purpose are you taking aspirin? (*Interviewer: Do NOT read choices.)*

Participant mentioned avoiding heart attack or stroke 1 ☐
Participant did not mention avoiding heart attack or stroke 2 ☐

37. During the past four weeks, did you take any [other] medication for arthritis, fever, or muscle aches and pains, or cramps? *(Read bracketed "other" unless no medications were reported.)*

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Unknown 9 ☐

38. **Excluding** aspirin, acetaminophen (for example, Tylenol), and corticosteroids (for example prednisone), are you NOW taking other anti-inflammatory or arthritis medications on a regular basis? Common examples are shown on this list.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
Yes 1 ☐
Unknown 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

Already recorded 1 ☐

(a) Medication UPC		Medication name (b)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
(c) Strength	(d) Units	

40. How many pills per week are you taking, on average?

☐☐ Number of pills per week

41. Staff ID number of person who interviewed the participant: ..... ☐☐☐

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

HCHS/SOL Medication Use Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: MUS VERSION: A 12/18/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: This form should be completed during the participant's visit. Affix the participant ID label above. Whenever numerical responses are required, enter the number so that the last digit appears in the rightmost box. Enter leading zeroes where necessary to fill all boxes. If a number is entered incorrectly, mark through the incorrect entry with an "=". Code the correct entry clearly above the incorrect entry.

A. Reception

Como usted sabe, HCHS/SOL (por sus siglas en inglés) está llevando un registro de todos los medicamentos que los participantes han usado en las últimas cuatro semanas (ya sea de venta libre o aquellos que se obtienen con receta médica), incluyendo medicamentos para la gripe o alergias, vitaminas, remedios a base de hierbas y otros suplementos. Estos medicamentos incluyen fórmulas sólidas y no sólidas que usted haya ingerido, inhalado, que se haya aplicado en la piel o en el cabello, que se haya inyectado, implantado o colocado en los oídos, ojos, nariz, boca o cualquier otra parte del cuerpo. La carta que usted recibió sobre esta cita incluía una bolsa plástica para todos los medicamentos que actualmente usa y se le pidió que los trajera a la clínica.

1. ¿Trajo usted todos los medicamentos que ha usado en las últimas cuatro semanas o trajo sus envases?

Sí, todos	1 ☐	→ **GO TO SECTION B, QUESTION 5**
No, algunos de ellos	2 ☐	→ **GO TO SECTION A, QUESTION 3**
No, ninguno de ellos	3 ☐	

2. ¿Se debe esto a que se le olvidó o porque no ha estado tomando ningún medicamento en las últimas cuatro semanas, o porque no pudo traer sus medicamentos?

No tomó ningún medicamento	1 ☐	→ **GO TO SECTION C, QUESTION 34**
Se le olvidó o no pudo traer los medicamentos	2 ☐	

Está bien. En vista de que la información sobre los medicamentos es muy importante, todavía nos gustaría preguntarle sobre ellos durante la entrevista.

3. ¿Podemos hacer un seguimiento de esto después de la visita, para que así podamos obtener la información sobre las etiquetas de los otros medicamentos? *(Explain follow-up options)*

No or not applicable..	0 ☐	→ **Scan/transcribe what you can in Section B and attempt to convert refusals; indicate this on tracking form**
Yes.....	1 ☐	

4. Describe method of follow-up to be used: _____

B. Medication Record

Copy the MEDICATION UPC / NDC from each medication label. For each medication, begin with the left-most space in fields a-c and the rightmost space in field d. Using upper case letters, carefully copy the MEDICATION NAME. Using periods to indicate decimal points, copy the formulation STRENGTH (weight for solids and concentration for non-solids). Using upper case letters and standard abbreviations, copy the UNITS used to measure strength. For combination medications, use a forward slash (/) to separate active ingredients, corresponding strengths, and units.

#	(a) Medication UPC / NDC		Medication name (b)
5.			
	(c) Strength	(d) Units	
6.			
	(c) Strength	(d) Units	
7.			
	(c) Strength	(d) Units	
8.			
	(c) Strength	(d) Units	
9.			
	(c) Strength	(d) Units	
10.			
	(c) Strength	(d) Units	
11.			
	(c) Strength	(d) Units	
12.			
	(c) Strength	(d) Units	
13.			
	(c) Strength	(d) Units	
14.			
	(c) Strength	(d) Units	

#	(a) Medication UPC		Medication name (b)
15.		(c) Strength / (d) Units	
16.		(c) Strength / (d) Units	
17.		(c) Strength / (d) Units	
18.		(c) Strength / (d) Units	
19.		(c) Strength / (d) Units	
20.		(c) Strength / (d) Units	
21.		(c) Strength / (d) Units	
22.		(c) Strength / (d) Units	
23.		(c) Strength / (d) Units	
24.		(c) Strength / (d) Units	
25.		(c) Strength / (d) Units	

#	(a) Medication UPC		Medication name (b)
26.			
	(c) Strength	(d) Units	
27.			
	(c) Strength	(d) Units	
28.			
	(c) Strength	(d) Units	
29.			
	(c) Strength	(d) Units	

30. Total number of medications in bag..... ☐☐

31. Number of medications in bag unable to successfully scan or transcribe ☐☐

32. HCHS/SOL ID staff number of person scanning / transcribing medications and interviewing the participant:

a. Scanner / transcriber (items 5-29): ..... ☐☐☐

b. Date of scanning / transcription: ..... ☐☐/☐☐/☐☐☐☐
Month Day Year

C. Medication Use Interview

Ahora me gustaría preguntarle sobre algunos medicamentos específicos.

33. De los medicamentos que usted ha tomado durante las últimas cuatro semanas, ¿fueron algunos para: *(If "Yes", verify that the medication NAME is on the medication record.)*

	No	Sí	Desonocido
a. Asma	0 ☐	1 ☐	9 ☐
b. Bronquitis crónica o enfisema	0 ☐	1 ☐	9 ☐
c. Azúcar alta en la sangre o diabetes	0 ☐	1 ☐	9 ☐
d. Alta presión sanguínea o hipertensión	0 ☐	1 ☐	9 ☐
e. Alto colesterol en la sangre	0 ☐	1 ☐	9 ☐
f. Dolor en el pecho o angina	0 ☐	1 ☐	9 ☐
g. Ritmo cardíaco anormal	0 ☐	1 ☐	9 ☐
h. Falla cardíaca	0 ☐	1 ☐	9 ☐
i. Para hacer su sangre más líquida	0 ☐	1 ☐	9 ☐
j. Embolia cerebral o derrame cerebral	0 ☐	1 ☐	9 ☐
k. Mini-embolia o TIA (por sus siglas en inglés)	0 ☐	1 ☐	9 ☐
l. Dolor en la pierna al caminar o claudicación	0 ☐	1 ☐	9 ☐

34. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algún tipo de aspirina o productos que contengan aspirina, incluyendo Alka-Seltzer, medicamento para la gripe o alergia, o medicamento en polvo para el dolor de cabeza? Esto **no** incluye el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol), ibuprofeno (por ejemplo, Advil, Motrin o Nuprin) y naproxeno (por ejemplo, Aleve).

Show participant List #1: Commonly Used Aspirin or Aspirin-Containing Products

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 37**
Sí 1 ☐
Desconocido 9 ☐ → **GO TO QUESTION 37**

35. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuántos días tomó usted aspirina o un medicamento que contenga aspirina?

☐☐ Número de días

If number of days equals "00" → **GO TO QUESTION 37**

36. ¿Con qué propósito está tomando usted aspirina? (*Interviewer: Do NOT read choices to participant.)*
    Participant mentioned "*para evitar ataque al corazón o embolia"* 1 ☐
    Participant did not mention "*para evitar ataque al corazón o embolia"* 2 ☐

37. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tomado usted algunos [otros] medicamentos que fueron para la artritis, la fiebre, los dolores musculares o los calambres? *(Read bracketed "other" unless no medications were reported.)*

    No 0 ☐
    Sí 1 ☐
    Desconocido 9 ☐

38. **Sin** incluir la aspirina, el acetaminofeno (por ejemplo, Tylenol) y corticosteroides (por ejemplo, la prednisona), ¿está usted tomando AHORA algún otro antiinflamatorio o medicamento para la artritis en forma regular? Ejemplos comunes se muestran en esta lista.

Show participant List #2: Commonly Used Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs, NSAIDS

    No 0 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**
    Sí 1 ☐
    Desconocido 9 ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

39. Unless already recorded in Items B5-B29, record the following information for the medication identified by Item 38.

    Already recorded 1 ☐

(a) Medication UPC		(b) Medication name
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐		
(c) Strength	(d) Units	

40. ¿Cuántas pastillas por semana toma usted como promedio?

    ☐☐ Número de pastillas a la semana

41. Staff ID number of person who interviewed the participant: ..... ☐☐☐

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

HCHS/SOL Neurocognitive Assessment

ID NUMBER:									FORM CODE: NEE VERSION: A 8/29/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Read and follow instructions given for each section.

Part A. Six-Item Screener

In this part of the exam I will ask you some questions and give you a couple of short tasks that will require memory and concentration. First, I will ask you some questions that ask you to use your memory. I am going to say three words. Please wait until I have said all three words, then repeat them. Remember what they are, because I am going to ask you to name them again in a few minutes. Please repeat these words for me: BLUE - PEAR - SOFA.

Interviewer may repeat the words up to 3 times if necessary.

1. Number of presentations necessary for the participant to repeat the words:

1 Presentation	1 ☐
2 Presentations	2 ☐
3 Presentations	3 ☐
Incorrect	4 ☐
Not Attempted/Disability	5 ☐
Not Attempted/Refusal	6 ☐

	Correct	Incorrect	Not attempted/ Disability	Not attempted/ Refusal
2. What year is this?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. What month is this?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. What is the day of the week?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Now, what were those three words I asked you to remember?

	Correct	Incorrect	Not attempted/ Disability	Not attempted/ Refusal
5. Blue	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Pear	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Sofa	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Part B. SEVLT

8. (Trial 1) Next, I am going to read a list of words. I want you to listen carefully and try to remember the words as I read them. When I stop, I would like you to recall as many of the words as you can. You may know some of the words by a different name, but I want you to try to remember the exact words I say. You will not be able to remember all of the words so just do the best you can. You do not have to recall the words in the same order that I read them. The words are…

After reading the list say:

Now tell me all of the words you can remember.

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

Check off all words recalled.

Words	8. (Trial 1)	9. (Trial 2)	10. (Trial 3)	Distracter	Words	11. (Trial 5)
Cabbage				Eggs	Cabbage	
Ladle				Pot	Ladle	
Coffee				Milk	Coffee	
Beets				Cherries	Beets	
Dictionary				Bowl	Dictionary	
Cocoa				Cheese	Cocoa	
Beans				Lettuce	Beans	
Strainer				Spoon	Strainer	
Oranges				Water	Oranges	
Corn				Fish	Corn	
Newspaper				Pen	Newspaper	
Juice				Peach	Juice	
Asparagus				Cookies	Asparagus	
Pan				Notebook	Pan	
Tea				Onions	Tea	

9. (Trial 2) I am going to read the same list of words to you again. I want you to try to remember as many of the words as you can, including those you have recalled before. When I stop I want you to tell me as many of the words as you can remember.

After reading the list say:

Now tell me all of the words you can remember.

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

10. (Trial 3) I will read the same words once more. Listen carefully and when I finish tell me as many of the words as you can remember.

After reading the list say:

Now tell me all of the words you can remember.

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

Distracter
I am going to read you a different list of words. This time, I want you to repeat each word out loud after I read it.

11. (Trial 5) Immediately after the participant repeats the last word from the distracter list say:

Now, I want you to tell me as many of the words from the first list that I read to you as you can remember.

Do not repeat the first list.

After the participant's response, provide one prompt for additional words.

Part C. Word Fluency: Letters F and A

On this next task, I will say a letter. Then I want you to tell me as many different words as you can think of, as fast as you can, that begin with that letter. You may tell me words in English or Spanish so long as they are different words. Leave out names of people, names of places, and numbers. So, if I were to say "T," you would not say words like 'Thomas,' 'Texas,' or the number 'Ten.' But you could say words like 'table,' 'take,' or 'turtle.'

Also, do not use the same word again with a different ending. For example, if you said 'take,' then you could not say 'takes,' or 'taking.' These would all be considered the same word.

Are you ready? Pause

Allow one minute for each letter (F and A).

If the participant discontinues before the end of the minute, encourage him/her to try to think of more words.

If there is a silence of 15 seconds, repeat the basic instructions and the letter.

Inadmissible words include proper nouns, variations, plurals, and repetitions

12. Tell me as many words as you can that start with the letter F. I will tell you when to stop. Ready, go. *(Begin timing)*

Letter					
F					
1		**11**		**21**	
2		**12**		**22**	
3		**13**		**23**	
4		**14**		**24**	
5		**15**		**25**	
6		**16**		**26**	
7		**17**		**27**	
8		**18**		**28**	
9		**19**		**29**	
10		**20**		**30**	

13. That was great. Now, tell me as many words as you can that start with the letter A. I will tell you when to stop. Ready, go. *(Begin timing)*

Letter					
A					
1		**11**		**21**	
2		**12**		**22**	
3		**13**		**23**	
4		**14**		**24**	
5		**15**		**25**	
6		**16**		**26**	
7		**17**		**27**	
8		**18**		**28**	
9		**19**		**29**	
10		**20**		**30**	

Part D. Digit-Symbol Substitution (DSS)

This last task is the digit-symbol task. Look at these boxes. Notice that each box has a number in the upper part and a special mark in the lower part. Each number has its own mark.

Point to 1 and its mark, then to 2 and its mark.

Now, look down here to where the boxes have numbers in the top part, but the squares at the bottom are empty. Point to the sample items.

I want you to put in each of the empty squares the mark that should go there, like this.

Point to the first sample item, then to the mark below the 2 in the key.

Here is a 2; the 2 has this mark. So I put it in this square, like this. Write in the symbol.

Here is a 1; the 1 has this mark. Point to the second sample item, then to the mark below the 1 in the key.

So I put it in this square. Write in the symbol.

This number is 3; the 3 has this mark. Point to the third sample item, then to the mark below the 3 in the key]

So I put it in this square. Write in the symbol.

Now, you fill in the squares up to this heavy line.

If the subject makes an error on a sample item, correct the error immediately and review the use of the key. Continue to help (if necessary) until the seven sample items have been filled in correctly. Do not proceed with the test until the participant clearly understands the task.

Look to see if a left-handed participant blocks the key when filling in the marks. If so, fold a separate template in half, exposing only the key, for the participant to use.

When the sample exercise has been completed successfully say:

Yes, now you know how to do them.

To begin the formal test say: When I tell you to start, you do the rest of them. Point to the first test item. Begin here and fill in as many squares as you can, one after the other, without skipping any. Keep working until I tell you to stop. Work as quickly as you can without making mistakes.

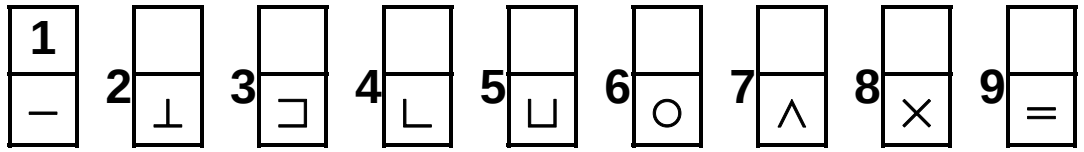
Sweep finger across the first row. When you finish this line, go on to this one.

[Point to the first item in row 2. Ready? Go ahead. Begin timing

If the participant omits an item or starts to do only one type (e.g., only the 1's), say, Do them in order. Don't skip any. Point to the first item omitted and say, Do this one next. Give no further assistance except (if necessary) to remind the participant to continue until instructed to stop.

At the end of 90 seconds, say: Stop. That's good, thank you. That completes this set of tasks.

DIGIT- SYMBOL



SAMPLES

2						8	2	1	3	2	1	4	2	3	5											
	1	3	7	2	4											2	3	1	4	5	6	3	1	4		
1																										
	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3		
6																										
	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7		
9																										
	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6		

ID NUMBER:									FORM CODE: NEE VERSION: A 8/29/07	Contact Occasion			SEQ #		

HCHS/SOL Neurocognitive Scoring Summary

ID NUMBER:									FORM CODE: NEE VERSION: A 7/31/07	Contact Occasion			SEQ #		

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: If summary scores are permanently missing because part of the battery was skipped or not applicable, enter "=" in those fields."

PART A: SIX ITEM SCREENER

For Questions 1 – 7, see Page 1, Section A of Neurocognitive Assessment Booklet. ENTER results as they appear on the form.

PART B: SEVLT

Record the number of correct words recalled for each trial on Part B, page 2 below.

Words Recalled from Part B:

8. (Trial 1) ..... ☐☐
9. (Trial 2) ..... ☐☐
10. (Trial 3) ..... ☐☐
11. (Trial 5) ..... ☐☐

PART C: WORD FLUENCY

Record the number of acceptable words produced for each letter (F and A) on Part C, pages 4 – 5 below.

Words Produced on Part C:

12. Letter F ..... ☐☐
13. Letter A ..... ☐☐

PART D: DIGIT SYMBOL SUBSTITUTION

*Apply the DSST scoring template to the responses on Part D, pages 7 – 8 and enter the number of **correct** symbols below.*

14. Total Correct Symbols on Part D: ..... ☐☐

15. What language were tests administered in?

English 1

Spanish 2

16a. Were any of the cognitive function tests discontinued (from Parts B, C, or D)?

No 0
Yes..... 1

16b. Which test(s) was discontinued?

	NO	YES
16b.1. SEVLT.....	0	1
16b.2. Word Fluency.....	0	1
16b.3. Digit Symbol Substitution	0	1

16c. If yes, test(s) discontinued due to (record the appropriate letter for each test that was discontinued)

Refusal..... 1
Task difficulty 2
Impairment (Visual, Hearing, Limb or Motor Problem)... 3

16c1. Reason for discontinued SEVLT ..... ☐

16c2. Reason for discontinued Word Fluency ..... ☐

16c3. Reason for discontinued Digit Symbol Substitution .. ☐

HCHS/SOL Neurocognitive Assessment_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: NES VERSION: A 7/31/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Read and follow instructions given for each section.

Part A. Six-Item Screener

En la siguiente parte del examen le voy a hacer algunas preguntas y le voy a dar un par de actividades cortas que requerirán de su memoria y concentración. Primero, le voy a hacer algunas preguntas que requieren del uso de su memoria. Voy a decir tres palabras. Por favor, espere hasta que yo diga esas tres palabras. Después de eso, repítalas usted. Recuerde cuáles son, porque le voy a pedir que me las nombre de nuevo en unos minutos. Por favor, repítame estas palabras: AZUL – PERA – SOFA.

Interviewer may repeat the words up to 3 times if necessary.

1. Number of presentations necessary for the participant to repeat the words:

1 Presentation	1 ☐
2 Presentations	2 ☐
3 Presentations	3 ☐
Incorrect	4 ☐
Not Attempted/Disability	5 ☐
Not Attempted/Refusal	6 ☐

	Correct	Incorrect	Not attempted/ Disability	Not attempted/ Refusal
2. ¿En qué año estamos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3. ¿En qué mes estamos?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4. ¿Qué día de la semana es hoy?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Ahora, ¿cuáles fueron esas tres palabras que le pedí que recordara?

	Correct	Incorrect	Not attempted/ Disability	Not attempted/ Refusal
5. Azul	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6. Pera	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7. Sofá	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Part B. SEVLT

8. (Trial 1) A continuación, voy a leer una lista de palabras. Quiero que escuche cuidadosamente y que trate de recordar las palabras a medida que las leo. Cuando me detenga, me gustaría que recordara tantas de las palabras como usted pueda. Puede que usted conozca algunas de las palabras con diferente nombre, pero quiero que trate de recordar las palabras exactas que yo diga. Usted no podrá acordarse de todas las palabras, así que simplemente haga lo más que pueda. No tiene que recordar las palabras en el mismo orden que yo las leo. Las palabras son …

After reading the list say:

Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

Check off all words recalled.

Words	8. (Trial 1)	9. (Trial 2)	10. (Trial 3)	Distracter	Words	11. (Trial 5)
Repollo				Huevos	Repollo	
Cucharón				Olla	Cucharón	
Café				Leche	Café	
Remolachas				Cerezas	Remolachas	
Diccionario				Tazón	Diccionario	
Cacao				Queso	Cacao	
Frijoles				Lechuga	Frijoles	
Coladera				Cuchara	Coladera	
Naranjas				Agua	Naranjas	
Maíz				Pescado	Maíz	
Periódico				Pluma	Periódico	
Jugo				Durazno	Jugo	
Espárrago				Galletas	Espárrago	
Pan				Libreta	Pan	
Té				Cebollas	Té	

9. (Trial 2) Voy a leerle la lista de palabras de nuevo. Quiero que trate de recordar tantas de las palabras como pueda, incluyendo aquellas que recordó antes. Cuando me detenga, quiero que me diga tantas palabras como usted pueda recordar.

After reading the list say:

Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.

After the participant's response, provide one prompt for additional words before going to the next trial.

10. (Trial 3) Voy a leer las mismas palabras una vez más. Escuche cuidadosamente y cuando yo termine dígame tantas de las palabras como usted pueda recordar.

After reading the list say:

Ahora dígame todas las palabras que usted pueda recordar.

Distracter

Ahora, voy a leer una lista diferente de palabras. Esta vez, quiero que repita cada palabra en voz alta después de que yo la lea.

11. (Trial 5) Immediately after the participant repeats the last word from the distracter list say:

Ahora, quiero que me diga tantas de las palabras de la primera lista que yo le leí como usted pueda recordar.

Do not repeat the first list.

After the participant's response, provide one prompt for additional words.

Part C. Word Fluency: Letters F and A

En la siguiente actividad, voy a decir una letra. Luego, quiero que me diga tantas palabras, que sean diferentes, como usted pueda imaginarse y que comiencen con esa letra. Usted puede decirme palabras en español o en inglés en tanto sean palabras diferentes. Excluya los nombres de personas, los nombres de lugares y los números. Por tanto, si yo dijera "T," usted no podría decir palabras como 'Tomás', 'Texas' o el número 'Tres.' Pero sí puede decir palabras como 'tabla', 'tomar' o 'tortuga.'

Tampoco use la misma palabra otra vez con diferente final. Por ejemplo, si usted dice 'tomar', entonces no puede decir 'toma' o 'tomando'. Todas ellas se considerarían como la misma palabra.

¿Está listo? Pause

Allow one minute for each letter (F and A).

If the participant discontinues before the end of the minute, encourage him/her to try to think of more words.

If there is a silence of 15 seconds, repeat the basic instructions and the letter.

Inadmissible words include proper nouns, variations, plurals, and repetitions

12. Dígame tantas palabras como pueda que comiencen con la letra F. Yo le diré cuándo puede detenerse. Listo, empiece*. (Begin timing)*

Letter					
F					
1		**11**		**21**	
2		**12**		**22**	
3		**13**		**23**	
4		**14**		**24**	
5		**15**		**25**	
6		**16**		**26**	
7		**17**		**27**	
8		**18**		**28**	
9		**19**		**29**	
10		**20**		**30**	

13. Eso estuvo muy bien. Ahora, dígame tantas palabras como pueda que comiencen con la letra A. Yo le diré cuándo puede detenerse. Listo, empiece*. (Begin timing)*

Letter					
A					
1		**11**		**21**	
2		**12**		**22**	
3		**13**		**23**	
4		**14**		**24**	
5		**15**		**25**	
6		**16**		**26**	
7		**17**		**27**	
8		**18**		**28**	
9		**19**		**29**	
10		**20**		**30**	

Part D. Digit-Symbol Substitution (DSS)

Esta última actividad es la actividad de dígitos-símbolos. Mire estas casillas. Note que cada casilla tiene un número en la parte de arriba y una marca especial en la parte de abajo. Cada número tiene su propia marca.

Point to 1 and its mark, then to 2 and its mark.

Ahora, mire aquí abajo adonde los cuadrados tienen números en la parte de arriba, pero los cuadrados de abajo están vacíos. Point to the sample items.

Quiero que coloque la marca que debe ir en cada uno de los cuadrados vacíos, así.
Point to the first sample item, then to the mark below the 2 in the key.

Aquí hay un 2; el 2 tiene esta marca. Entonces, lo coloco en este cuadrado vacío, así.
Write in the symbol.

Aquí hay un 1; el 1 tiene esta marca.
Point to the second sample item, then to the mark below the 1 in the key.

Entonces, lo coloco en este cuadrado. Write in the symbol.

Este número es el 3; el 3 tiene esta marca. Point to the third sample item, then to the mark below the 3 in the key]

Entonces, lo coloco en este cuadrado. Write in the symbol.

Ahora llene usted los cuadrados hasta que llegue a esta línea gruesa.

If the subject makes an error on a sample item, correct the error immediately and review the use of the key. Continue to help (if necessary) until the seven sample items have been filled in correctly. Do not proceed with the test until the participant clearly understands the task.

Look to see if a left-handed participant blocks the key when filling in the marks. If so, fold a separate template in half, exposing only the key, for the participant to use.

When the sample exercise has been completed successfully say:

Sí, ya sabe cómo hacerlo.

To begin the formal test say: Cuando yo le diga que comience, haga el resto. Point to the first test item. Comience aquí y llene tantos cuadrados que usted pueda, uno detrás del otro sin saltarse ninguno. Siga haciéndolo hasta que le diga que pare. Hágalo tan rápido como pueda sin cometer ningún error.

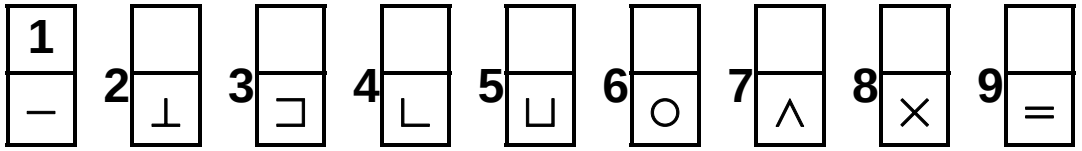
Sweep finger across the first row. Cuando termine esta línea, siga con esta otra.

Point to the first item in row 2. ¿Listo? Comience. Begin timing

If the participant omits an item or starts to do only one type (e.g., only the 1's), say: Hágalos en orden. No se salte ninguno. Point to the first item omitted and say: Después, haga éste. Give no further assistance except (if necessary) to remind the participant to continue until instructed to stop.

At the end of 90 seconds, say:
Deténgase. Así está bien, gracias. Eso completa este conjunto de actividades.

DIGIT- SYMBOL



SAMPLES

2						8	2	1	3	2	1	4	2	3	5									
	1	3	7	2	4											2	3	1	4	5	6	3	1	4
1																								
	5	4	2	7	6	3	5	7	2	8	5	4	6	3	7	2	8	1	9	5	8	4	7	3
6																								
	2	5	1	9	2	8	3	7	4	6	5	9	4	8	3	7	2	6	1	5	4	6	3	7
9																								
	2	8	1	7	9	4	6	8	5	9	7	1	8	5	2	9	4	8	6	3	7	9	8	6

ID NUMBER:									FORM CODE: NES VERSION: A 7/31/07	Contact Occasion		SEQ #		

HCHS/SOL Neurocognitive Scoring Summary

ID NUMBER:									FORM CODE: NES VERSION: A 7/31/07	Contact Occasion		SEQ #		

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: If summary scores are permanently missing because part of the battery was skipped or not applicable, enter "=" in those fields."

PART A: SIX ITEM SCREENER

For Questions 1 – 7, see Page 1, Section A of Neurocognitive Assessment Booklet. ENTER results as they appear on the form.

PART B: SEVLT

Record the number of correct words recalled for each trial on Part B, page 2 below.

Words Recalled from Part B:

8. (Trial 1) ..... ☐☐
9. (Trial 2) ..... ☐☐
10. (Trial 3) ..... ☐☐
11. (Trial 5) ..... ☐☐

PART C: WORD FLUENCY

Record the number of acceptable words produced for each letter (F and A) on Part C, pages 4 – 5 below.

Words Produced on Part C:

12. Letter F ..... ☐☐
13. Letter A ..... ☐☐

PART D: DIGIT SYMBOL SUBSTITUTION

*Apply the DSST scoring template to the responses on Part D, pages 7 – 8 and enter the number of **correct** symbols below.*

14. Total Correct Symbols on Part D: ..... ☐☐

15. What language were tests administered in?

English 1

Spanish 2

16a. Were any of the cognitive function tests discontinued (from Parts B, C, or D)?

Yes 1
No 0

16b. Which test(s) was discontinued?

	NO	YES
16b.1. SEVLT	0	1
16b.2. Word Fluency	0	1
16b.3. Digit Symbol Substitution	0	1

16c. If yes, test(s) discontinued due to (record the appropriate letter for each test that was discontinued)

Refusal 1
Task difficulty 2
Impairment (Visual, Hearing, Limb or Motor Problem) ... 3

16c1. Reason for discontinued SEVLT ..... ☐

16c2. Reason for discontinued Word Fluency ..... ☐

16c3. Reason for discontinued Digit Symbol Substitution ... ☐

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

HCHS/SOL Occupation Classification and Exposures Questionnaire

ID NUMBER: ☐☐☐☐☐☐☐☐ FORM CODE: OCE VERSION: A 8/23/07 Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Current Employment Status

1. Are you retired?
   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
   Yes 1 ☐

2. In what year did you retire? ☐☐☐☐

3. Before you retired, in what job did you work the majority of hours per week?

   _____ Occupation

   ☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

4. Are you a…?

	No	Yes
a. homemaker (i.e. care for family home)	0 ☐	1 ☐
b. student	0 ☐	1 ☐

5. Please indicate your current employment status. (*Mark only one*)
   Employed full time (>35 hours/week in one job or more than one job 1 ☐
   Employed part time (≤35 hours/week) 2 ☐
   Not currently employed 3 ☐ → **GO TO QUESTION 28**

6. How many months in a year did you work in the past year?
   ☐☐ Months

7. In a typical week, how many days do you go to work per week?
   ☐ Number of days per week

8. How many hours does your work day usually last at your job(s)?
   ☐☐ Hours

9. On a typical day, do you have a regular work schedule?
   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 12**
   Yes 1 ☐

10. When do you usually begin work? ☐☐:☐☐ __ __ am / pm

11. When do you usually end work? ☐☐:☐☐ __ __ am / pm

12. How many days per month do you work extra hours beyond your usual schedule?
☐☐ Days per month

13. Which of the following best describes your usual work schedule? *(Mark only one)*

Day shift	1 ☐
Afternoon shift	2 ☐
Night shift	3 ☐
Split shift	4 ☐
Irregular shift/on-call	5 ☐
Rotating shift	6 ☐

14. At your current job(s), do you ever work the late night shift (after midnight)?

No	0 ☐	→ **GO QUESTION 16**
Yes	1 ☐	

15. Do you work the late night shift (after midnight)…?

Usually	1 ☐	
Sometimes	2 ☐	
On a rotating schedule	3 ☐	*(Please specify):* _____

B. Current Occupation(s)

16. In what job do you currently work the majority of your work hours per week?
_____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

17. How many hours per week do you work at that job? ☐☐ Number of hours/week

18. Do you have any other job(s) that you work at in addition to the job that you work the majority of hours per week?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 21**
Yes	1 ☐	

19. How many hours per week do you work at that job? ☐☐ Number of hours/week

20. What do you do in that job? _____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

C. Occupational Exposures – Current Job(s)

21. At the job you currently work the majority of your work hours per week, how often is it noisy (you need to speak in a raised voice or louder to be heard when a person is two feet away)?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

22. At the job you currently work the majority of your work hours per week, how often do you wear hearing (ear) protection?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

23. At the job you currently work the majority of your work hours per week, how often are you exposed to any type of organic solvents, for example styrene, trichloroethylene, toluene, or xylene?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

24. At the job you currently work the majority of your work hours per week, how often are you exposed to metals such as manganese, lead, or mercury?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

25. In your current job(s) are you exposed to vapors, gas, dust or fumes at work?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 27**
Yes	1 ☐	

26. How often do you wear a respirator while you are at your current job(s)?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

27. In your current job(s), are you exposed to any of the following?

		No	Yes
a.	paints, varnishes, lacquers	0 ☐	1 ☐
b.	glues, pastes or other adhesives	0 ☐	1 ☐
c.	acids or alkalis	0 ☐	1 ☐
d.	pesticides	0 ☐	1 ☐
e.	dusts	0 ☐	1 ☐
f.	wood dust	0 ☐	1 ☐
g.	cleaning or disinfecting solutions	0 ☐	1 ☐
h.	petroleum products other than solvents (like grease, oil or fuel)	0 ☐	1 ☐
i.	cutting oils, machine oils, or metal working fluids	0 ☐	1 ☐
j.	smoke from burning wood	0 ☐	1 ☐
k.	welding fumes	0 ☐	1 ☐
l.	tobacco smoke	0 ☐	1 ☐
m.	vehicle exhaust	0 ☐	1 ☐
n.	cooking fumes	0 ☐	1 ☐
o.	solvents or degreasers	0 ☐	1 ☐

D. Occupational Exposures – Longest Held Type of Job

28. What is the type of job that you have held the longest?

_____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

29. In what year did you start doing that type of job? ☐☐☐☐ (4 digit year)

30. How many years have you done or did you do that type of job?

☐☐ (Whole number between 1 and 99)

31. Is the job you currently work the majority of your work hours per week, the type of job that you have held the longest?

No 0 ☐
Yes 1 ☐ → **GO TO QUESTION 38**

32. What is the latest year you have/had worked doing the longest held job? ☐☐☐☐ (4 digit year)

33. How many hours/week do you or did you work in the longest held type of job?

☐☐ (Whole number between 1 and 99)

34. At that job, how often is it or was it noisy (you needed to speak in a raised voice or louder to be heard when a person was two feet away)?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

35. At that job, how often do you or did you wear hearing (ear) protection?

None of the time	1 ☐
25% of the time	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
Occasionally	6 ☐
Don't know	9 ☐

36. Are you or were you exposed to vapors, gas, dust, or fumes while on that job?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 38**
Yes	1 ☐	

37. What were you exposed to on that job?

	No	Yes
a. paints, varnishes, lacquers	0 ☐	1 ☐
b. glues, pastes or other adhesives	0 ☐	1 ☐
c. acids or alkalis	0 ☐	1 ☐
d. pesticides	0 ☐	1 ☐
e. dusts	0 ☐	1 ☐
f. wood dust	0 ☐	1 ☐
g. cleaning or disinfecting solutions	0 ☐	1 ☐
h. petroleum products other than solvents (like grease, oil or fuel)	0 ☐	1 ☐
i. cutting oils, machine oils, or metal working fluids	0 ☐	1 ☐
j. smoke from burning wood	0 ☐	1 ☐
k. welding fumes	0 ☐	1 ☐
l. tobacco smoke	0 ☐	1 ☐
m. vehicle exhaust	0 ☐	1 ☐
n. cooking fumes	0 ☐	1 ☐
o. solvents or degreasers	0 ☐	1 ☐

E. Other Job(s)

Now I am going to ask you about any other noisy jobs you have held for one year or longer.

38. Have you held any other noisy jobs (1 year or longer) where you had to speak in a raised voice (or louder) to be heard?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

List A: Occupational Codes for Question 3, 15, 19, and 27

01 **Senior professional/technical worker** (doctor, professor, lawyer, architect, engineer)

02 **Junior professional/Technical worker** (midwife, nurse, teacher, editor, photographer)

03 **Administrator/executive/manager** (working proprietor, government official, section chief, department or bureau director, administrative cadre, village leader)

04 **Office staff** (secretary, office helper)

05 **Farmer, fisherman, hunter**

06 **Skilled worker** (foreman, group leader, craftsman)

07 **Non-skilled worker** (ordinary laborer, construction, yard, migrant laborer)

08 **Army officer, police officer**

09 **Ordinary soldier, policeman**

10 **Driver**

11 **Service worker** (housekeeper, cook, waiter, doorkeeper, hairdresser, counter salesperson, launderer, child care worker)

12 **Athlete, actor, musician**

13 **Other**

99 **Don’t know/refused**

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

HCHS/SOL Occupation Classification and Exposures Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: OCS
VERSION: A 12/05/07

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Current Employment Status

1. ¿Está usted jubilado(a)? No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
   Sí 1 ☐

2. ¿En qué año se jubiló? ☐☐☐☐

3. Antes de que se jubilara, ¿en qué empleo trabajó usted la mayor cantidad de horas por semana?
   _____ Occupation

   ☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

4. ¿Es usted …?

	No	Sí
a. ama de casa (por ejemplo, cuida el hogar de la familia	0 ☐	1 ☐
b. estudiante	0 ☐	1 ☐

5. Por favor, indique su situación laboral actual. (Mark only *one*)
   - Empleado(a) de tiempo completo (>35 horas por semana en un empleo o más de un empleo 1 ☐
   - Empleado(a) de tiempo parcial (≤35 horas por semana) 2 ☐
   - No está trabajando en la actualidad 3 ☐ → **GO TO QUESTION 28**

6. ¿Cuántos meses del año trabajó usted durante el último año?
   ☐☐ Meses

7. En una semana típica, ¿cuántos días a la semana va usted a trabajar?
   ☐ Número de días a la semana

8. ¿Cuántas horas de trabajo dura su día normal de trabajo en su(s) empleo(s)?
   ☐☐ Horas

9. En un día típico, ¿tiene usted un horario de trabajo regular?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 12**
Sí 1 ☐

10. ¿A qué hora comienza usted a trabajar normalmente? ☐☐:☐☐ __ __
am / pm

11. ¿A qué hora termina usted de trabajar normalmente? ☐☐:☐☐ __ __
am / pm

12. ¿Cuántos días al mes trabaja usted horas adicionales además de su horario normal de trabajo?

☐☐ Días al mes

13. ¿Cuál de los siguientes turnos describe mejor su horario normal de trabajo? *(Mark only one)*

Turno de la mañana 1 ☐
Turno de la tarde 2 ☐
Turno de la noche 3 ☐
Turno dividido en dos 4 ☐
Turno irregular/estar disponible cuando se le necesite 5 ☐
Turnos rotativos 6 ☐

14. En su trabajo actual, ¿alguna vez trabaja tarde durante el turno de la noche (después de la medianoche)?

No 0 ☐ → **GO QUESTION 16**
Sí 1 ☐

15. ¿Trabaja usted en el turno de la noche (después de la medianoche)…?

Usualmente 1 ☐
A veces 2 ☐
Rotativamente 3 ☐ *(Por favor, especifique):*_____

B. Current Occupation(s)

16. ¿En cuál empleo trabaja usted actualmente la mayor cantidad de horas por semana?

_____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

17. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en este empleo? ☐☐ Número de horas a la semana

18. ¿Tiene usted algún otro empleo en el cual trabaja aparte del empleo donde trabaja la mayor cantidad de horas por semana?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 21**
Sí 1 ☐

19. ¿Cuántas horas por semana trabaja usted en ese empleo? ☐☐ Número de horas a la semana

20. ¿Qué hace en ese trabajo? _____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

C. Occupational Exposures – Current Job(s)

21. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia hace ruido de tal manera que usted necesita hablar en voz alta o más fuerte para que se le escuche cuando una persona está a dos pies de distancia)?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

22. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia usted usa protección para su audición (oídos)?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

23. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia está usted en contacto con algún tipo de solventes orgánicos, por ejemplo, estireno, tricloroetileno, tolueno o xileno?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

24. En el empleo donde actualmente trabaja la mayor cantidad de horas por semana, ¿con qué frecuencia está usted en contacto con metales tales como manganeso, plomo o mercurio?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

25. En su empleo actual o sus empleos actuales, ¿está usted en contacto con vapores, gas, polvo o humo en su lugar de trabajo?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 27**
Sí	1 ☐	

26. ¿Con qué frecuencia usa usted un respirador durante su trabajo actual o sus trabajos actuales?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

27. En su empleo o sus empleos actuales, ¿está usted en contacto con las siguientes sustancias?

	No	Sí
a. pinturas, barnices, lacas	0 ☐	1 ☐
b. gomas de pegar, pastas u otros adhesivos	0 ☐	1 ☐
c. ácidos o álcalis	0 ☐	1 ☐
d. pesticidas	0 ☐	1 ☐
e. polvos	0 ☐	1 ☐
f. polvo de madera	0 ☐	1 ☐
g. soluciones de limpieza o desinfectantes	0 ☐	1 ☐
h. productos del petróleo que no sean solventes (como grasa, aceite o combustible)	0 ☐	1 ☐
i. lubricantes de corte, lubricantes de máquinas o líquidos para metales de maquinarias	0 ☐	1 ☐
j. humo de madera quemada	0 ☐	1 ☐
k. humo de soldadura	0 ☐	1 ☐
l. humo de tabaco	0 ☐	1 ☐
m. humo de tubo de escape de vehículos	0 ☐	1 ☐
n. emanaciones de cocina	0 ☐	1 ☐
o. solventes o desengrasadores	0 ☐	1 ☐

D. Occupational Exposures – Longest Held Type of Job

28. ¿Qué tipo de empleo ha tenido usted la mayor parte del tiempo?

_____ Occupation

☐☐ Occupation Code *(Select occupation code from list A)*

29. ¿En qué año comenzó usted a hacer este tipo de trabajo? ☐☐☐☐ *(4 digit year)*

30. ¿Cuántos años ha hecho o hizo ese tipo de trabajo?

☐☐ *(Whole number between 1 and 99)*

31. ¿Es el empleo donde trabaja la mayor cantidad de horas actualmente, el tipo de trabajo que ha tenido usted la mayor parte del tiempo?

No	0 ☐
Sí	1 ☐ → **GO TO QUESTION 38**

32. ¿Cuál fue el último año en que usted ha trabajado o había trabajado haciendo esa labor?

☐☐☐☐ *(4 digit year)*

33. ¿Cuántas horas por semana trabaja o trabajó usted en ese tipo de empleo?

☐☐ *(Whole number between 1 and 99)*

34. En ese empleo, ¿con qué frecuencia hace o hacía ruido de tal manera de usted necesitaba hablar en voz alta o hablar más fuerte para que se le escuche cuando una persona está a dos pies de distancia?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

35. En ese empleo, ¿con qué frecuencia usa o usó usted protección para su audición (oídos)?

Nunca	1 ☐
25% del tiempo	2 ☐
50%	3 ☐
75%	4 ☐
100%	5 ☐
De vez en cuando	6 ☐
No sabe	9 ☐

36. ¿Está o estaba usted en contacto con vapores, gas, polvo o humo mientras estaba en ese empleo?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 38**
Sí 1 ☐

37. ¿Con qué materiales estaba en contacto en ese empleo?

	No	Sí
a. pinturas, barnices, lacas	0 ☐	1 ☐
b. gomas de pegar, pastas u otros adhesivos	0 ☐	1 ☐
c. ácidos o álcalis	0 ☐	1 ☐
d. pesticidas	0 ☐	1 ☐
e. polvos	0 ☐	1 ☐
f. polvo de madera	0 ☐	1 ☐
g. soluciones de limpieza o desinfectantes	0 ☐	1 ☐
h. productos del petróleo que no sean solventes (como grasa, aceite o combustible)	0 ☐	1 ☐
i. lubricantes de corte, lubricantes de máquinas o líquidos para metales de maquinarias	0 ☐	1 ☐
j. humo de madera quemada	0 ☐	1 ☐
k. humo de soldadura	0 ☐	1 ☐
l. humo de tabaco	0 ☐	1 ☐
m. humo de tubo de escape de vehículos	0 ☐	1 ☐
n. emanaciones de cocina	0 ☐	1 ☐
o. solventes o desengrasadores	0 ☐	1 ☐

E. Other Job(s)

Ahora voy a preguntarle sobre algún otro empleo ruidoso que usted haya tenido por un año o más.

38. ¿Ha tenido usted cualquier otro trabajo ruidoso (por un año o más) donde tenía que hablar en voz alta o más fuerte para que lo escucharan?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

List A: Occupational Codes for Question 3, 15, 19, and 27

01 **Senior professional/technical worker** (doctor, professor, lawyer, architect, engineer)

02 **Junior professional/Technical worker** (midwife, nurse, teacher, editor, photographer)

03 **Administrator/executive/manager** (working proprietor, government official, section chief, department or bureau director, administrative cadre, village leader)

04 **Office staff** (secretary, office helper)

05 **Farmer, fisherman, hunter**

06 **Skilled worker** (foreman, group leader, craftsman)

07 **Non-skilled worker** (ordinary laborer, construction, yard, migrant laborer)

08 **Army officer, police officer**

09 **Ordinary soldier, policeman**

10 **Driver**

11 **Service worker** (housekeeper, cook, waiter, doorkeeper, hairdresser, counter salesperson, launderer, child care worker)

12 **Athlete, actor, musician**

13 **Other**

99 **Don’t know/refused**

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

HCHS/SOL Oral Health Questionnaire

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

FORM CODE: OHE
VERSION: A 9/07/07

Contact Occasion | |

SEQ # | |

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: | | / | | / | | | | | (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: | | |

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.

A. Natural Teeth

1. Do you have any of your natural teeth?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
Yes 1 ☐

2. How often do you limit the kinds or amounts of food you eat because of problems with your teeth? Would you say:

Always 1 ☐
Very often 2 ☐
Often 3 ☐
Sometimes 4 ☐
Seldom 5 ☐
Never 6 ☐
Refused 7 ☐
Don't know 9 ☐

3. In the past 12 months have you had or do you currently have:

	No	Yes
a. Pain in a tooth or teeth	0 ☐	1 ☐
b. Bleeding gums	0 ☐	1 ☐
c. Pain in your face	0 ☐	1 ☐
d. Pain in your jaw joint	0 ☐	1 ☐
e. Sores in your mouth	0 ☐	1 ☐
f. Difficulty chewing	0 ☐	1 ☐
g. Difficulty tasting	0 ☐	1 ☐
h. Difficulty swallowing	0 ☐	1 ☐
i. Bad breath	0 ☐	1 ☐
j. Bad taste in mouth	0 ☐	1 ☐
k. Dry mouth when you eat	0 ☐	1 ☐
l. Dry mouth when you sleep	0 ☐	1 ☐
m. Other (non toothache) pain in your mouth	0 ☐	1 ☐

4. Do you think or believe that you are currently in need of dental treatment?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 6**
Yes 1 ☐

5. What type of dental care do you need now?

	No	Yes
a. Cleaning or checkup	0 ☐	1 ☐
b. Teeth filled or replaced (for example, fillings, crowns, and/or bridges)	0 ☐	1 ☐
c. Teeth pulled	0 ☐	1 ☐
d. Gum treatment	0 ☐	1 ☐
e. New or replace denture(s)	0 ☐	1 ☐
f. Denture repaired	0 ☐	1 ☐
g. Relief of pain	0 ☐	1 ☐
h. Work to improve appearance (for example, braces, bonding, or whitening)	0 ☐	1 ☐
i. Other *If other, please specify*:_____	0 ☐	1 ☐
j. Don't know	0 ☐	1 ☐

6. About how long has it been since you last visited a dentist? Include all types of dentists, such as, orthodontists, oral surgeons, and all other dental specialists, as well as dental hygienists. *(Mark only one)*

6 months or less	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 8**
More than 6 months, but not more than 1 year ago	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 8**
More than 1 year, but not more than 2 years ago	3 ☐	
More than 2 years ago, but not more than 3 years ago	4 ☐	
More than 3 years, but not more than 5 years ago	5 ☐	
More than 5 years ago	6 ☐	
Never have been	7 ☐	
Refused	8 ☐	
Don't know	9 ☐	

7. What are the reasons you have not visited the dentist in over 12 months/never gone to the dentist?

	No	Yes
a. Afraid	0 ☐	1 ☐
b. Nervous	0 ☐	1 ☐
c. Needles	0 ☐	1 ☐
d. Cost	0 ☐	1 ☐
e. Don't know dentist	0 ☐	1 ☐
f. Dentist too far	0 ☐	1 ☐
g. Can't find a dentist who speaks Spanish	0 ☐	1 ☐
h. Can't get there	0 ☐	1 ☐
i. No problems	0 ☐	1 ☐
j. No teeth	0 ☐	1 ☐
k. Not important	0 ☐	1 ☐
l. Didn't think of it	0 ☐	1 ☐
m. Other *If other, please specify:* _____	0 ☐	1 ☐
n. Don't know	0 ☐	1 ☐

8. Have you ever had a test {/exam} for oral or mouth cancer in which the doctor or dentist, pulls on your tongue, sometimes with gauze wrapped around it, and feels under the tongue and inside the cheeks?

I think so	0 ☐	
Yes	1 ☐	
No	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**
Don't know, not sure	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**

9. When did you have your most recent oral or mouth cancer exam?

Within past year	1 ☐
Between 1 and 3 years ago	2 ☐
Over 3 years ago	3 ☐

GO TO SECTION C, QUESTION 18

B. Edentulous Questions

10. How often do you limit the kinds or amounts of food you eat because of problems with your dentures? Would you say:

Always	1 ☐
Very often	2 ☐
Often	3 ☐
Sometimes	4 ☐
Seldom	5 ☐
Never	6 ☐
Refused	7 ☐
Don't know	9 ☐

11. In the past 12 months have you had or do you currently have:

	No	Yes
a. Bleeding gums	0 ☐	1 ☐
b. Pain in your face	0 ☐	1 ☐
c. Pain in your jaw joint	0 ☐	1 ☐
d. Sores in your mouth	0 ☐	1 ☐
e. Difficulty chewing	0 ☐	1 ☐
f. Difficulty tasting	0 ☐	1 ☐
g. Difficulty swallowing	0 ☐	1 ☐
h. Bad breath	0 ☐	1 ☐
i. Bad taste in mouth	0 ☐	1 ☐
j. Dry mouth when you eat	0 ☐	1 ☐
k. Dry mouth when you sleep	0 ☐	1 ☐
l. Other (non toothache) pain in your mouth	0 ☐	1 ☐

12. Do you think or believe that you are currently in need of dental treatment?

No	0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
Yes	1 ☐

13. What type of dental care do you need now?

	No	Yes
a. Gum treatment	0 ☐	1 ☐
b. New or replace denture(s)	0 ☐	1 ☐
c. Denture repaired	0 ☐	1 ☐
d. Relief of pain	0 ☐	1 ☐
e. Other	0 ☐	1 ☐
*If other, please specify:*_____		
f. Don't know	0 ☐	1 ☐

14. About how long has it been since you last visited a dentist? Include all types of dentists. *(Mark only one)*

6 months or less	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
More than 6 months, but not more than 1 year ago	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
More than 1 year, but not more than 2 years ago	3 ☐	
More than 2 years, but not more than 3 years ago	4 ☐	
More than 3 years, but not more than 5 years ago	5 ☐	
More than 5 years ago	6 ☐	
Never have been	7 ☐	
Refused	8 ☐	
Don't know	9 ☐	

15. What are the reasons you have not visited the dentist in over 12 months/never gone to the dentist?

	No	Yes
a. Afraid	0 ☐	1 ☐
b. Nervous	0 ☐	1 ☐
c. Needles	0 ☐	1 ☐
d. Cost	0 ☐	1 ☐
e. Don't know dentist	0 ☐	1 ☐
f. Dentist too far	0 ☐	1 ☐
g. Can't find a dentist who speaks Spanish	0 ☐	1 ☐
h. Can't get there	0 ☐	1 ☐
i. No problems	0 ☐	1 ☐
j. No teeth	0 ☐	1 ☐
k. Not important	0 ☐	1 ☐
l. Didn't think of it	0 ☐	1 ☐
m. Other	0 ☐	1 ☐
If other, please specify: _____		
n. Don't know	0 ☐	1 ☐

16. Have you ever had a test {/exam} for oral or mouth cancer in which the doctor or dentist, pulls on your tongue, sometimes with gauze wrapped around it, and feels under the tongue and inside the cheeks?

I think so	1 ☐	
Yes	2 ☐	
No	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**
Don't know, not sure	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**

17. When did you have your most recent oral or mouth cancer exam?

Within past year	1 ☐
Between 1 and 3 years ago	2 ☐
Over 3 years ago	3 ☐

C. Problem with Teeth, Mouth, or Dentures

18. During the past month have you had difficulty doing your usual jobs or attending school because of problems with your teeth, mouth or dentures?

Always	1 ☐
Very often	2 ☐
Often	3 ☐
Sometimes	4 ☐
Seldom	5 ☐
Never	6 ☐
Refused	7 ☐
Don't know	9 ☐

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

HCHS/SOL Oral Health Questionnaire_ Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: OHS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Natural Teeth

1. ¿Tiene usted alguno de sus dientes naturales?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
Sí 1 ☐

2. ¿Con qué frecuencia limita usted la cantidad de alimentos que come debido a los problemas con sus dientes? ¿Diría usted:

Siempre	1 ☐
Con mucha frecuencia	2 ☐
Con frecuencia	3 ☐
Algunas veces	4 ☐
Rara vez	5 ☐
Nunca	6 ☐
Rehusó	7 ☐
No sabe	9 ☐

3. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido o tiene en la actualidad:

	No	Sí
a. Dolor de diente(s) o muela(s)	0 ☐	1 ☐
b. Sangrado de las encías	0 ☐	1 ☐
c. Dolor en su cara	0 ☐	1 ☐
d. Dolor en la articulación de su mandíbula	0 ☐	1 ☐
e. Llagas en su boca	0 ☐	1 ☐
f. Dificultad para masticar	0 ☐	1 ☐
g. Dificultad para sentir los sabores	0 ☐	1 ☐
h. Dificultad al tragar	0 ☐	1 ☐
i. Mal aliento	0 ☐	1 ☐
j. Mal sabor en la boca	0 ☐	1 ☐
k. Boca seca al comer	0 ☐	1 ☐
l. Boca seca al dormir	0 ☐	1 ☐
m. Otro dolor en su boca (que no sea dolor de diente(s) o muela(s))	0 ☐	1 ☐

4. ¿Piensa o cree usted que necesita tratamiento dental en este momento?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 6**
Sí 1 ☐

5. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora?

	No	Sí
a. Limpieza o un examen	0 ☐	1 ☐
b. Empaste dental o reemplazo de dientes (por ejemplo, empastes, coronas y/o puentes)	0 ☐	1 ☐
c. Extracción de dientes	0 ☐	1 ☐
d. Tratamiento de encías	0 ☐	1 ☐
e. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s)	0 ☐	1 ☐
f. Reparación de dentadura postiza	0 ☐	1 ☐
g. Alivio de dolor	0 ☐	1 ☐
h. Arreglos para mejorar la apariencia (por ejemplo, frenos, unión o blanqueo de dientes)	0 ☐	1 ☐
i. Otro *Sí otro, por favor especifique*:_____	0 ☐	1 ☐
j. No sabe	0 ☐	1 ☐

6. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas, como por ejemplo, ortodoncistas, cirujanos orales y otros especialistas en dientes, tales como higienistas dentales. *(Mark only one)*

6 meses o menos	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 8**
Más de 6 meses pero no hace más de 1 año	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 8**
Más de 1 año pero no hace más de 2 años	3 ☐	
Más de 2 años pero no hace más de 3 años	4 ☐	
Más de 3 años pero no hace más de 5 años	5 ☐	
Hace más de 5 años	6 ☐	
No ha visitado a un dentista nunca	7 ☐	
Rehusó	8 ☐	
No sabe	9 ☐	

7. ¿Cuáles son las razones por las que no ha visitado a un dentista en más de 12 meses / no ha ido nunca a un dentista?

	No	Sí
a. Miedo	0 ☐	1 ☐
b. Nervios	0 ☐	1 ☐
c. Agujas	0 ☐	1 ☐
d. Costo	0 ☐	1 ☐
e. No conoce a ningún dentista	0 ☐	1 ☐
f. El consultorio del dentista le queda muy lejos	0 ☐	1 ☐
g. No puede encontrar a un dentista que hable español	0 ☐	1 ☐
h. No puede llegar allí	0 ☐	1 ☐
i. No hay problemas	0 ☐	1 ☐
j. No tiene dientes	0 ☐	1 ☐
k. No es importante	0 ☐	1 ☐
l. No pensó en eso	0 ☐	1 ☐
m. Otro *Sí otro, por favor especifique:*_____	0 ☐	1 ☐
n. No sabe	0 ☐	1 ☐

8. ¿Alguna vez le han hecho algún examen para detectar cáncer de la boca en el cual el doctor o el dentista le jala la lengua, envolviéndola con una gasa y le toca debajo de la lengua y adentro de las mejillas?

Creo que sí	1 ☐	
Sí	2 ☐	
No	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**
No sabe, no estoy seguro(a)	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**

9. ¿Cuándo tuvo su examen más reciente para detectar cáncer de la boca?

En el último año	1 ☐
Entre 1 y 3 años atrás	2 ☐
Hace más de 3 años	3 ☐

GO TO SECTION C, QUESTION 18

B. Edentulous Questions

10. ¿Con qué frecuencia limita usted la cantidad de alimentos que come debido a los problemas con su dentadura postiza? ¿Diría usted:

Siempre	1 ☐
Con mucha frecuencia	2 ☐
Con frecuencia	3 ☐
Algunas veces	4 ☐
Rara vez	5 ☐
Nunca	6 ☐
Rehusó	7 ☐
No sabe	9 ☐

11. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido o tiene en la actualidad:

	No	Sí
a. Sangrado de las encías	0 ☐	1 ☐
b. Dolor en su cara	0 ☐	1 ☐
c. Dolor en la articulación de su mandíbula	0 ☐	1 ☐
d. Llagas en la boca	0 ☐	1 ☐
e. Dificultad para masticar	0 ☐	1 ☐
f. Dificultad para sentir los sabores	0 ☐	1 ☐
g. Dificultad para al tragar	0 ☐	1 ☐
h. Mal aliento	0 ☐	1 ☐
i. Mal sabor en la boca	0 ☐	1 ☐
j. Boca seca al comer	0 ☐	1 ☐
k. Boca seca al dormir	0 ☐	1 ☐
l. Otro dolor en su boca (que no sea dolor de diente o muela)	0 ☐	1 ☐

12. ¿Piensa o cree usted que necesita tratamiento dental en este momento?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 14**
Sí	1 ☐	

13. ¿Qué tipo de cuidado dental necesita ahora?

	No	Sí
a. Tratamiento de encías	0 ☐	1 ☐
b. Diente(s) postizo(s) nuevo(s) o reemplazo de diente(s) postizo(s)	0 ☐	1 ☐
c. Reparación de dentadura postiza	0 ☐	1 ☐
d. Alivio de dolor	0 ☐	1 ☐
e. Otro	0 ☐	1 ☐
Sí otro, por favor especifique:_____		
f. No sabe	0 ☐	1 ☐

14. ¿Más o menos cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas. *(Mark only one)*

6 meses o menos	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
Más de 6 meses pero no hace más de 1 año	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
Más de 1 año pero no hace más de 2 años	3 ☐	
Más de 2 años pero no hace más de 3 años	4 ☐	
Más de 3 años pero no hace más de 5 años	5 ☐	
Hace más de 5 años	6 ☐	
No ha visitado a un dentista nunca	7 ☐	
Rehusó	8 ☐	
No sabe	9 ☐	

15. ¿Cuáles son las razones por las que no ha visitado a un dentista en más de 12 meses / no ha visitado nunca un dentista?

	No	Sí
a. Miedo	0 ☐	1 ☐
b. Nervios	0 ☐	1 ☐
c. Agujas	0 ☐	1 ☐
d. Costo	0 ☐	1 ☐
e. No conoce a ningún dentista	0 ☐	1 ☐
f. El consultorio del dentista le queda muy lejos	0 ☐	1 ☐
g. No puede encontrar a un dentista que hable español	0 ☐	1 ☐
h. No puede llegar allí	0 ☐	1 ☐
i. No tiene problemas	0 ☐	1 ☐
j. No tiene dientes	0 ☐	1 ☐
k. No es importante	0 ☐	1 ☐
l. No pensó en eso	0 ☐	1 ☐
m. Otro	0 ☐	1 ☐
Sí otro, por favor especifique:_____		
n. No sabe	0 ☐	1 ☐

16. ¿Alguna vez le han hecho algún examen para detectar cáncer de la boca en el cual el doctor o el dentista le jala la lengua, envolviéndola con una gasa y le toca debajo de la lengua y adentro de las mejillas?

Creo que sí	1 ☐	
Sí	2 ☐	
No	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**
No sabe, no estoy seguro(a)	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 18**

17. ¿Cuándo tuvo su examen más reciente para detectar cáncer de la boca?

En el último año	1 ☐
Entre 1 y 3 años atrás	2 ☐
Hace más de 3 años	3 ☐

C. Problem with Teeth, Mouth, or Dentures

18. Durante el último mes, ¿ha tenido usted dificultad en hacer sus trabajos usuales o de asistir a la escuela debido a los problemas con sus dientes, boca o dentadura postiza?

Siempre	1 ☐
Con mucha frecuencia	2 ☐
Con frecuencia	3 ☐
Algunas veces	4 ☐
Rara vez	5 ☐
Nunca	6 ☐
Rehusó	7 ☐
No sabe	9 ☐

HCHS/SOL Otoscopy Examination

ID NUMBER:									FORM CODE: OTO VERSION: A 8/21/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff Examiner ID: ☐☐☐

Instructions: Enter "=" if a measurement is permanently missing.

Measurement		Right ear		Left ear	
Otoscopy Done	01R	☐	0 = No (Skip to O1L) 1 = Yes	01L ☐	0 = No (Go to next step) 1 = Yes
Ear Canal Collapse	02R	☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown	02L ☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown
Drainage	03R	☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown	03L ☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown
Cerumen	04R	☐	0 = None 1 = Some 2 = A lot 3 = Impacted 9 = Unknown	04L ☐	0 = None 1 = Some 2 = A lot 3 = Impacted 9 = Unknown
Eardrum Position	05R	☐	0 = Normal 1 = Bulging 2 = Retracted 9 = Unknown	05L ☐	0 = Normal 1 = Bulging 2 = Retracted 9 = Unknown
Eardrum Vascularity	06R	☐	0 = None 1 = Mild 2 = Considerable 9 = Unknown	06L ☐	0 = None 1 = Mild 2 = Considerable 9 = Unknown
Perforation	07R	☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown	07L ☐	0 = No 1 = Yes 9 = Unknown

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

HCHS/SOL Physical Activity Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: PAE VERSION: A 9/21/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

I am going to ask you about the time you spend doing different types of physical activity in a typical week. Please answer these questions even if you do not consider yourself to be a physically active person. Think about the activities you do at work, to get from place to place, and in your spare time for recreation, exercise or sport.

A. Physical Activity at Work

Think about the time you spend doing work. Think of work as the things that you have to do such as paid or unpaid work, volunteer work, study/training, farming and harvesting food/crops, fishing or hunting for food, seeking employment, and any other unpaid work that you do outside your home.

Do not include unpaid work you might do around your home, like housework, yard work, general maintenance, and caring for your family.

First, think about all the vigorous activities that take hard physical effort that you do as part of your work. Vigorous activities make you breathe much harder than normal. These may include things like heavy lifting, digging, heavy construction work, shoveling dirt or snow, or climbing up stairs. Think about only those vigorous physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

1. Does your work involve vigorous intensity activity that causes large increases in breathing or heart rate like carrying or lifting heavy loads, digging or construction work for at least 10 minutes continuously?

   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
   Yes 1 ☐

2. In a typical week, on how many days do you do vigorous-intensity activities as part of your work?

   ☐ Days a week

3. How much time do you spend doing vigorous-intensity activities at work, or as part of your work**,** on a typical day when you do vigorous-intensity activities as part of your work?

   ☐☐ Hr. ☐☐ Min.

Now think about activities that take moderate physical effort that you do as part of you work. Moderate physical activities make you breathe somewhat harder than normal and may include activities like carrying light loads. Include brisk walking. Again, think about only those moderate physical activities that you do for at least 10 minutes at a time.

4. Does your work involve moderate-intensity activity that causes small increases in breathing or heart rate such as brisk walking *or* carrying light loads for at least 10 minutes continuously?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
Yes 1 ☐

5. In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity activities as part of your work?

☐ Days a week

6. How much time do you spend doing moderate-intensity activities at work, or as part of your work, on a typical day when you do moderate-intensity activities as part of your work?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

B. Walking or Bicycling for Transportation

The next questions exclude the physical activities at work that you have already mentioned. Now I would like to ask you about the usual way you travel to and from places, for example to work, for shopping, to market, to place of worship.

7. Do you walk or bicycle (pedal cycle) for at least 10 minutes continuously to get to and from places?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
Yes 1 ☐

8. In a typical week, on how many days do you walk or bicycle to get to and from places?

☐ Days a week

9. On a typical day when you walk or bicycle to get to and from places, how much total time do you spend walking or bicycling to get to and from places?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

C. Leisure Time Physical Activity

Now I would like to ask you about sports, fitness, and recreational (leisure) activities. The next questions exclude the work and transportation activities you have already mentioned. Please do not include any activities you have already mentioned.

10. Do you do any vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause large increases in breathing or heart rate such as running, soccer, football, or basketball for at least 10 minutes continuously?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
Yes 1 ☐

11. What are some of those activities? *(Read all activities)*

	No	Yes
a. American football	0 ☐	1 ☐
b. Basketball	0 ☐	1 ☐
c. Boxing	0 ☐	1 ☐
d. Fencing	0 ☐	1 ☐
e. Handball	0 ☐	1 ☐
f. High Intensity Aerobics	0 ☐	1 ☐
g. Hockey (ice or field)	0 ☐	1 ☐
h. Lacrosse	0 ☐	1 ☐
i. Hard Lap swimming	0 ☐	1 ☐
j. Racquetball	0 ☐	1 ☐
k. Running	0 ☐	1 ☐
l. Soccer/football	0 ☐	1 ☐
m. Volleyball (competitive)	0 ☐	1 ☐
n. Water Polo	0 ☐	1 ☐
o. Weight lifting (hard training)	0 ☐	1 ☐
p. Indoor cycling/spinning	0 ☐	1 ☐
q. Other	0 ☐	1 ☐

Please specify: _____

12. In a typical week, on how many days do you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

☐ Days a week

13. How much time do you spend doing vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities on a typical day when you do vigorous-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

14. Do you do any moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities that cause small increases in breathing or heart rate such as brisk walking, cycling, swimming, volleyball or karate for at least 10 minutes continuously?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Yes 1 ☐

15. What are some of those activities? *(Read all activities)*

	No	Yes
a. Aerobic dance/Step/Taibo	0 ☐	1 ☐
b. Baseball/softball	0 ☐	1 ☐
c. Brisk walking	0 ☐	1 ☐
d. Canoeing/kayaking	0 ☐	1 ☐
e. Coaching sports	0 ☐	1 ☐
f. Cricket	0 ☐	1 ☐
g. Light cycling (including stationary)	0 ☐	1 ☐
h. Dance	0 ☐	1 ☐
i. Exercise machines	0 ☐	1 ☐
j. Frisbee play	0 ☐	1 ☐
k. Hunting and fishing	0 ☐	1 ☐
l. Jai alai	0 ☐	1 ☐
m. Karate/judo/other martial arts	0 ☐	1 ☐
n. Rock climbing	0 ☐	1 ☐
o. Skating (roller or ice)/Roller blading	0 ☐	1 ☐
p. Skin/Scuba diving	0 ☐	1 ☐
q. Surfing	0 ☐	1 ☐
r. Swimming laps	0 ☐	1 ☐
s. Table tennis	0 ☐	1 ☐
t. Tai chi	0 ☐	1 ☐
u. Tennis (singles or doubles)	0 ☐	1 ☐
v. Volleyball (includes beach volleyball)	0 ☐	1 ☐
w. Weight lifting for fitness	0 ☐	1 ☐
x. Other	0 ☐	1 ☐

Please specify: _____

16. In a typical week, on how many days do you do moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

☐☐ Days a week

17. How much time do you spend doing moderate-intensity sports, fitness or recreational activities on a typical day when you do moderate-intensity sports, fitness or recreational (leisure) activities?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

D. Sedentary

The following question is about sitting or reclining at work, at home, getting to and from places, or with friends including time spent sitting at a desk, sitting with friends, traveling in a car, bus, train, reading, playing cards, watching television, movies or videos, but do not include time spent sleeping.

18. How much time do you usually spend sitting or reclining on a typical day?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

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

HCHS/SOL Physical Activity Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: PAS VERSION: A 12//05/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Le voy a hacer preguntas sobre el tiempo que usted pasa haciendo diferentes tipos de actividades físicas durante una semana normal. Por favor, conteste estas preguntas aunque usted no se considere a sí mismo(a) como una persona físicamente activa. Piense en las actividades que hace en el trabajo, la manera en que se traslada de un lugar a otro y las actividades que hace en su tiempo libre para recreación, ejercicio o deporte.

A. Physical Activity at Work

Piense sobre el tiempo que usted pasa trabajando. Entendemos como trabajo, las labores que usted tiene que hacer, ya sean pagadas o no; trabajo voluntario, estudiar o recibir algún tipo de capacitación, cosechar o cultivar alimentos, pescar o cazar para obtener alimentos, buscar empleo y algún otro tipo de trabajo afuera de la casa que no sea pagado.

No incluye el trabajo que no sea pagado que hace en la casa como los quehaceres del hogar, trabajando en el jardín, manteniendo la casa y cuidando a la familia.

Piense primero sobre las actividades de intensidad vigorosa que requieren un esfuerzo físico fuerte que hace en el trabajo. Las actividades de intensidad vigorosa provocan un gran aumento del ritmo respiratorio o cardíaco. Estas actividades podrían incluir levantar objetos pesadas, excavar, trabajar en la construcción fuerte, traspalar tierra o nieve o subir las escaleras. Piense solamente en las actividades de intensidad vigorosa que hace por lo menos 10 minutos durante una vez.

1. ¿Consiste su trabajo en realizar alguna actividad de intensidad vigorosa que le cause un gran aumento de respiración y pulso, tales como cargar o levantar objetos pesados, excavar o realizar trabajos de construcción por lo menos durante 10 minutos seguidos?

   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
   Sí 1 ☐

2. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad vigorosa como parte de su trabajo?

   ☐ Días a la semana

3. En un día normal cuando hace actividades de intensidad vigorosa, ¿cuánto tiempo pasa usted realizando actividades de intensidad vigorosa en el trabajo, o como parte de su trabajo?

   ☐☐ Hr. ☐☐ Min.

Ahora, piense en las actividades de intensidad moderada que hace en el trabajo. Las actividades de intensidad moderada causan un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco y podría incluir actividades como cargar objetos ligeros. Incluya el caminar rápido. Otra vez, piense solamente en las actividades de intensidad moderada que hace por lo menos 10 minutos durante una vez.

4. ¿Consiste su trabajo en realizar alguna actividad de intensidad moderada que le cause un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como caminar rápido o cargar objetos ligeros por lo menos durante 10 minutos seguidos?

   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
   Sí 1 ☐

5. En una semana normal, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada como parte de su trabajo?

   ☐ Días a la semana

6. En un día normal cuando realiza actividades de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo pasa usted realizando actividades de intensidad moderada en el trabajo, o como parte de su trabajo?

   ☐☐ Hr. ☐☐ Min.

B. Walking or Bicycling for Transportation

Las siguientes preguntas no incluyen las actividades físicas del trabajo que usted ya mencionó. Ahora quisiera preguntarle sobre la manera en que regularmente usted se traslada de un lugar a otro. Por ejemplo, para ir a trabajar, de compras, al supermercado, al lugar de veneración, oración o culto.

7. ¿Camina usted o monta bicicleta *(de pedales)* por lo menos durante 10 minutos seguidos para ir de un lugar a otro?

   No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
   Sí 1 ☐

8. En una semana normal, ¿cuántos días camina usted o monta bicicleta por lo menos durante 10 minutos seguidos para ir de un lugar a otro?

   ☐ Días a la semana

9. En un día normal cuando camina usted o monta bicicleta para ir de un lugar a otro, ¿cuánto tiempo pasa usted caminando o montando bicicleta para ir de un lugar a otro?

   ☐☐ Hr. ☐☐ Min.

C. Leisure Time Physical Activity

Ahora quisiera preguntarle sobre deportes, actividades para mantener un buen físico y actividades recreativas. Las próximas preguntas no incluyen las actividades de trabajo y de transporte que usted ya mencionó. Por favor, no incluya actividades que ya mencionó.

10. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad vigorosa, que le cause un gran aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como correr, jugar fútbol o fútbol americano o básquetbol por lo menos durante 10 minutos seguidos?

    No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
    Sí 1 ☐

11. ¿Cuáles son algunas de ésas actividades? *(Read all activities)*

	No	Sí
a. Fútbol americano	0 ☐	1 ☐
b. Baloncesto/básquetbol	0 ☐	1 ☐
c. Boxeo	0 ☐	1 ☐
d. Esgrima	0 ☐	1 ☐
e. Balonmano	0 ☐	1 ☐
f. Baile de aeróbic de intensidad vigorosa	0 ☐	1 ☐
g. Hockey (sobre hielo o hierba)	0 ☐	1 ☐
h. Lacrosse	0 ☐	1 ☐
i. Natación a larga distancia	0 ☐	1 ☐
j. Raquetbol	0 ☐	1 ☐
k. Correr	0 ☐	1 ☐
l. Fútbol	0 ☐	1 ☐
m. Voleibol (competitiva)	0 ☐	1 ☐
n. Polo acuático	0 ☐	1 ☐
o. Levantamiento de pesas (entrenamiento vigoroso)	0 ☐	1 ☐
p. Ciclismo en pista cubierta o "*spinning"*	0 ☐	1 ☐
q. Otra	0 ☐	1 ☐

Por favor especifique: _____

12. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa?

☐ Días a la semana

13. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

14. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad moderada, que le cause un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como caminar rápido, montar bicicleta, nadar, jugar voleibol o kárate, por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Sí 1 ☐

15. ¿Cuáles son algunas de ésas actividades? *(Read all activities)*

	No	Sí
a. Baile de aeróbic/Step/Taibo	0 ☐	1 ☐
b. Béisbol	0 ☐	1 ☐
c. Caminar rápido	0 ☐	1 ☐
d. Piragüismo	0 ☐	1 ☐
e. Entrenamiento de deportes	0 ☐	1 ☐
f. Críquet	0 ☐	1 ☐
g. Ciclismo (incluya ciclismo inmóvil)	0 ☐	1 ☐
h. Baile	0 ☐	1 ☐
i. Máquinas de ejercicio	0 ☐	1 ☐
j. Juego de disco volante (frisbee)	0 ☐	1 ☐
k. Cazar y pescar	0 ☐	1 ☐
l. Jai alai	0 ☐	1 ☐
m. Kárate/judo/otros artes marciales	0 ☐	1 ☐
n. Alpinismo	0 ☐	1 ☐
o. Patinaje (sobre ruedas o hielo) /Patinaje en línea	0 ☐	1 ☐
p. Submarinismo/buceo	0 ☐	1 ☐
q. Surfing	0 ☐	1 ☐
r. Natación	0 ☐	1 ☐
s. Tenis de mesa	0 ☐	1 ☐
t. Tai chi	0 ☐	1 ☐
u. Tenis (individual o dobles)	0 ☐	1 ☐
v. Voleibol (incluya voleibol de playa)	0 ☐	1 ☐
w. Levantamiento de pesas	0 ☐	1 ☐
x. Otra	0 ☐	1 ☐

Por favor especifique: _____

16. En una semana normal ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada?

☐ Días a la semana

17. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

D. Sedentary

La siguiente pregunta trata sobre estar sentado(o) o recostado(a) en el trabajo, en el hogar, trasladándose de un lugar a otro, o con amistades, incluyendo el tiempo que pasa sentado(a) en el escritorio, con amistades, viajando en automóvil, autobús, tren, leyendo, jugando cartas o viendo televisión, películas o videos, pero sin incluir el tiempo que pasa durmiendo.

18. Por lo general, ¿cuánto tiempo pasa usted sentado(a) o recostado(a), en un día normal?

☐☐ Hr. ☐☐ Min.

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

HCHS/SOL Personal Information Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: PIE VERSION: A 11/21/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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. Use location codes at end for coding place of birth.

A. Demographics

1. Gender: Male 1 ☐ Female 2 ☐

2. Date of Birth: ☐☐/☐☐/19☐☐ (Month / Day / Year)

3. Marital Status: *(Mark only one)*

Single	1 ☐
Married	2 ☐
Separated	3 ☐
Divorced	4 ☐
Widow(er)	5 ☐
Living with a partner	6 ☐

4. In what country or territory were you born? *(Select location code from list)* ☐☐

5. Which of the following best describes your Hispanic/Latino heritage? *(Mark only one)*

Dominican or Dominican descent	0 ☐
Central American or Central American descent	1 ☐
Cuban or Cuban descent	2 ☐
Mexican or Mexican descent	3 ☐
Puerto - Rican or Puerto Rican descent	4 ☐
South American or South American descent	5 ☐
More than one heritage	6 ☐
Other	7 ☐

If other, please specify: _____

6. In addition to being of Hispanic/Latino heritage, which of the following categories would you use to describe yourself? *(Mark only one)*

American Indian or Alaskan Native	1 ☐
Asian	2 ☐
Native Hawaiian or Other Pacific Islander	3 ☐
Black or African – American	4 ☐
White	5 ☐
More than one race	6 ☐
Unknown or Not reported	7 ☐

IF RESPONSE TO QUESTION 4 IS U.S. BORN (63), → **GO TO QUESTION 11**

B. Residential History

7. From the time that you FIRST moved to the U.S. to today, about how many years have you lived in the mainland U.S. (50 states + DC)? *(Round to the nearest full year)*

☐☐ Number of years

8. When you are in the United States, do you live in the same state all year?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

9. Except for short vacations, do you return to your native country for part of each year?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 11**
Yes 1 ☐

10. How many months per year? ☐☐ Months per year

C. Parents/Grandparents

11. Where was your mother born? *(Select location code from list)*

☐☐

12. Where was your maternal grandmother born? *(Select location code from list)*

☐☐

13. Where was your maternal grandfather born? *(Select location code from list)*

☐☐

14. Where was your father born? *(Select location code from list)*

☐☐

15. Where was your paternal grandmother born? *(Select location code from list)*

☐☐

16. Where was your paternal grandfather born? *(Select location code from list)*

☐☐

D. Education

17. How many years of schooling in total have you completed?

☐☐ Years

If response to Question 17 equals "0" → **GO TO QUESTION 22**

18. In what country or territory was your highest level of education completed? *(Select location code from list)*

☐☐

19. What was the highest grade/level of education achieved? If exact level is not listed, mark the closest equivalent. *(Mark only one)*

Elementary/primary school (includes grades 1 – 5)	1 ☐
Middle school/junior high (includes grades 6 – 8)	2 ☐
High School/preparatory school	3 ☐
Trade school/vocational school	4 ☐
University/college	5 ☐
Other	6 ☐

*If other, please specify:*_____

20. Have you received any diplomas, certificates or degrees from your schooling?

No	0 ☐ → **GO TO QUESTION 22**
Yes	1 ☐

21. What types of diploma, certificate, or degree did you receive? If exact diploma, certificate, or degree is not listed, mark the closest equivalent.

	No	Yes
a. High School diploma or equivalent (includes GED)	0 ☐	1 ☐
b. Trade school/vocational school certificate	0 ☐	1 ☐
c. Associate degree (i.e. AA, AS)	0 ☐	1 ☐
d. Bachelor's degree (i.e. BA, AB, BS)	0 ☐	1 ☐
e. Master's degree (i.e. MA, MS, MEd, MSW, MBA)	0 ☐	1 ☐
f. Professional degree (i.e. MD, DDS, DVM, LLB, JD)	0 ☐	1 ☐
g. Doctorate degree (i.e. PhD, EdD)	0 ☐	1 ☐
h. Other	0 ☐	1 ☐

If other, please specify:_____

22. What was the highest grade/level of education achieved by your father? *(Mark only one)*

No schooling	1 ☐
Elementary/primary school (includes grades 1 – 5)	2 ☐
Middle school/junior high (includes grades 6 – 8)	3 ☐
High School/preparatory school	4 ☐
Trade school/vocational school	5 ☐
University/college	6 ☐
Other	7 ☐

*If other, please specify:*_____

23. What was the highest grade/level of education achieved by your mother? *(Mark only one)*

No schooling	1 ☐
Elementary/primary school (includes grades 1 – 5)	2 ☐
Middle school/junior high (includes grades 6 – 8)	3 ☐
High School/preparatory school	4 ☐
Trade school/vocational school	5 ☐
University/college	6 ☐
Other	7 ☐

*If other, please specify:*_____

Location Codes for Question 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, and 18

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

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

HCHS/SOL Personal Information Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: PIS
VERSION: A 11/21/08

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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. Use location codes at end for coding place of birth.

A. Demographics

1. Género: Masculino 1 ☐ Femenino 2 ☐

2. Fecha de nacimiento: ☐☐/☐☐/19☐☐ (Mes / Día / Año)

3. Estado civil: *(Mark only one)*

Soltero(a)	1 ☐
Casado(a)	2 ☐
Separado(a)	3 ☐
Divorciado(a)	4 ☐
Viudo(a)	5 ☐
Convive con su pareja	6 ☐

4. ¿En qué país o territorio nació usted? *(Select location code from list)* ☐☐

5. ¿Cuál de los siguientes grupos describe mejor su ascendencia hispana o latina? *(Mark only one)*

Dominicano o descendiente de Dominicano	0 ☐
Centroamericano o descendiente de centroamericano	1 ☐
Cubano o descendiente de cubano	2 ☐
Mexicano o descendiente de mexicano	3 ☐
Puertorriqueño o descendiente de puertorriqueño	4 ☐
Sudamericano o descendiente de sudamericano	5 ☐
Más de una ascendencia	6 ☐
Otra	7 ☐

Si otra, por favor especifique: _____

6. Además de ser hispano(a) o latino(a), ¿cuál de las siguientes categorías lo(a) usaría para describirse a sí mismo(a)? *(Mark only one)*

India americana o nativa de Alaska	1 ☐
Asiática	2 ☐
Nativa de Hawaii o de otra isla del Pacífico	3 ☐
Negra o afroamericana	4 ☐
Blanca	5 ☐
Más de una raza	6 ☐
Desconocida o No reportó	7 ☐

IF RESPONSE TO QUESTION 4 IS U.S. BORN (63), → **GO TO QUESTION 11**

B. Residential History

7. Desde la PRIMERA VEZ que usted se mudó a los Estados Unidos hasta el día de hoy, ¿alrededor de cuántos años vivió usted en el territorio principal de los Estados Unidos (50 estados y Distrito de Columbia)? *(Round to the nearest full year)*

☐☐ Número de años

8. Cuándo está en los Estados Unidos, ¿vive en el mismo estado todo el año?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

9. Sin contar las vacaciones cortas, ¿regresa usted a su país de origen parte de cada año?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 11**
Sí 1 ☐

10. ¿Cuántos meses por año regresa usted a su país? ☐☐ Meses al año

C. Parents/Grandparents

11. ¿Dónde nació su madre? *(Select location code from list)*

☐☐

12. ¿Dónde nació su abuela materna? *(Select location code from list)*

☐☐

13. ¿Dónde nació su abuelo materno? *(Select location code from list)*

☐☐

14. ¿Dónde nació su padre? *(Select location code from list)*

☐☐

15. ¿Dónde nació su abuela paterna? *(Select location code from list)*

☐☐

16. ¿Dónde nació su abuelo paterno? *(Select location code from list)*

☐☐

D. Education

17. ¿Cuántos años de educación ha completado usted en total?

☐☐ Años

If response to Question 1 equals "0" → **GO TO QUESTION 22**

18. ¿En qué país o territorio completó usted el nivel más avanzado de educación *(Select location code from list)*

☐☐

19. ¿Cuál fue el grado o nivel de educación más avanzado que usted alcanzó? Si el nivel no está en la lista, marque el nivel más cercano. *(Mark only one)*

Escuela elemental o primaria (incluye grados 1 – 5)	1 ☐
Escuela media (incluye grados 6 – 8)	2 ☐
Escuela secundaria o preparatoria	3 ☐
Escuela comercial o vocacional	4 ☐
Universidad	5 ☐
Otro	6 ☐

Si otra, por favor especifique: _____

20. ¿Ha recibido usted algún diploma, certificado o título por sus estudios?

No	0 ☐ →	**GO TO QUESTION 22**
Sí	1 ☐	

21. ¿Qué tipo de diploma, certificado o título recibió usted? Si el diploma, certificado o título exacto no está en la lista, marque el equivalente más cercano.

	No	Yes
a. Diploma de secundaria o preparatoria o equivalente (incluye el diploma de Equivalencia General o GED)	0 ☐	1 ☐
b. Certificado de escuela comercial o vocacional	0 ☐	1 ☐
c. Título de Universidad de 2 años o asociado (i.e. AA, AS)	0 ☐	1 ☐
d. Título de Universidad de 4 años (i.e. BA, AB, BS)	0 ☐	1 ☐
e. Maestría (i.e. MA, MS, MEd, MSW, MBA)	0 ☐	1 ☐
f. Título profesional avanzado (i.e. MD, DDS, DVM, LLB, JD)	0 ☐	1 ☐
g. Doctorado (i.e. PhD, EdD)	0 ☐	1 ☐
h. Otro	0 ☐	1 ☐

*Si otro, por favor especifique:*_____

22. ¿Cuál fue el grado o nivel de educación más avanzado que alcanzó su padre? *(Mark only one)*

No asistió a la escuela	1 ☐
Escuela elemental o primaria (incluye grados 1 – 5)	2 ☐
Escuela media (incluye grades 6 – 8)	3 ☐
Escuela secundaria o preparatoria	4 ☐
Escuela comercial o vocacional	5 ☐
Universidad	6 ☐
Otro	7 ☐

Si otra, por favor especifique: _____

23. ¿Cuál fue el grado o nivel de educación más avanzado que alcanzó su madre? *(Mark only one)*

No asistió a la escuela	1 ☐
Escuela elemental o primaria (incluye grados 1 – 5)	2 ☐
Escuela media (incluye grades 6 – 8)	3 ☐
Escuela secundaria o preparatoria	4 ☐
Escuela comercial o vocacional	5 ☐
Universidad	6 ☐
Otro	7 ☐

Si otra, por favor especifique: _____

Location Codes for Question 4, 11, 12, 13, 14, 15, 16, and 18

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

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

HCHS/SOL Respiratory Questionnaire

ID NUMBER:								

FORM CODE: RSE
VERSION: A 8/24/07

Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Respiratory Symptoms

The following questions are about respiratory or chest symptoms. If you are in doubt whether the answer is yes or no, answer no.

1. In the past 12 months, have you had a cough on most days or nights of the week during at least three months in a row? *("Most" means at least 4 days or nights per week)*

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐

2. Have you had a cough on getting up or first thing in the morning on most mornings (at least 4 per week) for at least three months in a row?

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐

3. If *"YES"* to Question 1 OR Question 2, for how many years have you had this cough?

   ☐☐ Years

4. In the past 12 months, have you brought up phlegm from your chest on most days or nights of the week during at least three months in a row? *("Most" means at least 4 days or nights per week)*

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐

5. Have you brought up phlegm on getting up or first thing in the morning on most mornings (at least 4 per week) for at least three months in a row?

   No 0 ☐
   Yes 1 ☐

6. If *"YES"* to Question 4 or Question 5, for how many years have you had trouble with this phlegm?

   ☐☐ Years

7. Have you ever had wheezing or whistling in your chest?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Yes 1 ☐

8. About how old were you when you first had wheezing or whistling in your chest?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

9. Have you ever had an attack of wheezing or whistling in your chest that made you feel short of breath?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 13**
Yes 1 ☐

10. About how old were you when you had your first such attack?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

11. Have you had 2 or more such attacks?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐

12. Have you ever required medicine or treatment for such attacks?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐

13. In the last 12 months, have you had wheezing or whistling in your chest at any time?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Yes 1 ☐

In the last 12 months, does your chest ever sound wheezy or whistling…

14. When you have a cold?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

15. Occasionally apart from colds?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

16. More than once a week?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

17. Most days and nights?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

18. In the last 12 months, have you been awakened from sleep either by coughing (apart from a cough associated with a cold or chest infection) or by shortness of breath or a feeling of tightness in your chest?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

19. When you are near animals (such as cats, dogs, or horses) or near feathers (including pillows, quilts or comforters) or in a dusty or moldy part of the house, do you ever:

	No	Yes
a. start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel a tightness in your chest?	0 ☐	1 ☐
b. get a runny or stuffy nose or start to sneeze, or get itching or watering eyes?	0 ☐	1 ☐

20. When you are near trees, grass, or flowers, or when there is a lot of pollen in the air, do you ever:

	No	Yes
a. start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel a tightness in your chest?	0 ☐	1 ☐
b. get a runny or stuffy nose, start to sneeze, or get itching or watering eyes?	0 ☐	1 ☐

21. Have you ever had allergen skin testing?
No 0 ☐
Yes 1 ☐

22. Do you have chronic sinusitis?
No 0 ☐
Yes 1 ☐

23. When you exercise or exert yourself or when the air is cold, do you ever start to cough, wheeze, feel short of breath, or feel tightness in your chest?
No 0 ☐
Yes 1 ☐

24. Are you troubled by shortness of breath when hurrying on level ground or walking up a slight hill?
No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 29**
Yes 1 ☐

25. Do you have to walk slower than people of your age on level ground because of shortness of breath?
No 0 ☐
Yes 1 ☐
Does not apply 2 ☐

26. Do you ever have to stop for breath when walking at your own pace on level ground?
No 0 ☐
Yes 1 ☐
Does not apply 2 ☐

27. Do you ever have to stop for breath after walking about 100 yards (or after a few minutes) on level ground?
No 0 ☐
Yes 1 ☐
Does not apply 2 ☐

28. Are you too short of breath to leave the house or short of breath on dressing or undressing?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Does not apply	2 ☐

29. During the past 12 months, about how many days of work or school did you miss because of respiratory illnesses or symptoms?

None	0 ☐	
1-5	1 ☐	
6-15	2 ☐	
16 or more	3 ☐	
Not applicable—does not go to work or school	4 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**

30. During the past 12 months, have you had respiratory symptoms (cough, phlegm, wheeze, or shortness of breath) that changed on weekends, vacations, or other times when you were away from your current job? If more than one current job, consider the job you spend the most time doing.

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**
Yes	1 ☐	
Don't know	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**
Not applicable—do not have a current job that involves work out of the home	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**

31. Do your respiratory symptoms get better or worse when you are away from your current job?

Better	1 ☐
Worse	2 ☐
Don't know	9 ☐

B. Respiratory Conditions

32. Have you ever had asthma?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 38**
Yes	1 ☐	
Don't know	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 38**

33. At about what age did it start?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 34**

33a. As a child; age not known ☐

34. Was it diagnosed by a doctor or other health professional?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

35. Do you still have it?

No	0 ☐	
Yes	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 37**
Don't know	9 ☐	

36. At what age did it stop?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

37. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used an inhaler for asthma?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

38. Have you ever had hay fever (allergy involving the nose and/or eyes)?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 40**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 40**

39. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used a nasal spray for hay fever?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

40. Has a doctor ever told you that you had pneumonia or bronchopneumonia?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 42**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 42**

41. At about what age did you first have pneumonia or bronchopneumonia?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 42**

41a. As a child; age not known ☐

42. Has a doctor ever told you that you had chronic bronchitis?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 44**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 44**

43. At about what age did you first have chronic bronchitis?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 44**

43a. As a child; age not known ☐

44. Has a doctor ever told you that you had COPD (chronic obstructive pulmonary disease) or emphysema?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 47**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 47**

45. At about what age did it start?

☐☐ Age in years *(Answer "1" if younger than 1 year)*

46. In the past 12 months, have you received medical treatment, taken medications or used an inhaler for COPD or emphysema?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

C. Family History Questions

The following questions refer to <u>blood relatives</u>. When asked about siblings, do not include half-brothers or half-sisters.

47. Has a doctor ever said that these relatives had an attack of asthma?

a. Mother No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
b. Father No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
c. Sibling(s) No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐

48. Has a doctor ever said that these relatives had chronic bronchitis, COPD, or emphysema?

a. Mother No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
b. Father No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
c. Sibling(s) No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐

49. Has a doctor ever said that these relatives had hay fever (allergy involving the nose and/or eyes)?

a. Mother No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
b. Father No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐
c. Sibling(s) No or Don't know 0 ☐ Yes 1 ☐

D. Tuberculosis Screening

50. Were you ever told that you had active tuberculosis or TB?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 52**
Yes	1 ☐	
Refused	2 ☐	
Don't know	9 ☐	

51. Were you ever prescribed any medicine to treat active tuberculosis or TB?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Refused	2 ☐
Don't know	9 ☐

52. Have you ever been given a TB or tuberculosis skin test (e.g., PPD)?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
Yes	1 ☐	
Refused	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
Don't know	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**

53. Was it:

Positive	1 ☐	
Negative	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
Don't know	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**

54. Were you prescribed any medicine to keep you from getting sick with TB?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

55. Have you ever had a shot (vaccination) to prevent TB called BCG?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Refused	2 ☐
Don't know	9 ☐

E. Current Home Environment

56. During the last 12 months, has there been any flooding or water damage in your home?

No	0 ☐
Yes	1 ☐

57. During the last 12 months, have you noted any mold or mildew on any surface, other than food, inside your home?

No	0 ☐
Yes	1 ☐

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

HCHS/SOL Respiratory Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: RSS
VERSION: A 1/23/08

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Respiratory Symptoms

Las siguientes preguntas son sobre síntomas respiratorios o del pecho. Si usted tiene alguna duda sobre si contestar sí o no, conteste no.

1. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted tos en la mayoría de los días o las noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? *("Mayoría" significa al menos 4 días o noches por semana)*

No 0 ☐
Sí 1 ☐

2. ¿Ha tenido usted tos al levantarse o a primera hora en la mañana la mayoría de las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

3. Si contesta *"Sí"* a la pregunta 1 o Pregunta 2, ¿cuántos años ha tenido esta tos?

☐☐ Años

4. En los últimos 12 meses, ¿se le ha acumulado flema proveniente del pecho durante la mayoría de los días o noches de la semana por lo menos durante tres meses seguidos? *("Mayoría" significa al menos 4 días o noches por semana)*

No 0 ☐
Sí 1 ☐

5. ¿Se le ha acumulado flema al levantarse o a primera hora en la mañana casi todas las mañanas (al menos 4 veces por semana) por lo menos durante tres meses seguidos?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

6. Si contesta *"Sí"* a la pregunta 4 o Pregunta 5, ¿por cuántos años ha tenido problema con la flema?

☐☐ Años

7. ¿Alguna vez ha tenido ronquido o silbido en su pecho?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Sí 1 ☐

8. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo ronquido o silbido en su pecho por primera vez?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

9. ¿Alguna vez ha tenido un ataque de ronquido o silbido en su pecho que le hizo sentir que le faltaba la respiración?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 13**
Sí 1 ☐

10. ¿Más o menos cuántos años tenía usted cuando tuvo su primer ataque de este tipo?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

11. ¿Alguna vez ha tenido 2 o más ataques de este tipo?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐

12. ¿Alguna vez ha necesitado medicamento o tratamiento para los ataques de este tipo?

No 0 ☐
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐

13. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted ronquido o silbido en su pecho en alguna ocasión?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 18**
Sí 1 ☐

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su pecho le ronca o le silba…

14. cuando tiene un resfrío? No 0 ☐ Sí 1 ☐

15. de vez en cuando, aparte de los resfríos? No 0 ☐ Sí 1 ☐

16. más de una vez a la semana? No 0 ☐ Sí 1 ☐

17. la mayoría de los días y las noches? No 0 ☐ Sí 1 ☐

18. En los últimos 12 meses, ¿se ha despertado ya sea debido a la tos (aparte de ser una tos asociada con un resfrío o infección en el pecho) o por la falta de respiración o por sentir el pecho apretado?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

19. Cuando usted está cerca de animales (tales como gatos, perros o caballos), o cerca de plumas (incluyendo almohadas, edredones o colchas), o en una parte de la casa que tenga polvo o moho, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 ☐	1 ☐
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza a estornudar o los ojos le pican o le lloran?	0 ☐	1 ☐

20. Cuando usted está cerca de árboles, césped o flores, o cuando hay mucho polen en el aire, ¿alguna vez:

	No	Sí
a. comienza a toser, a respirar con silbido, a sentirse con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?	0 ☐	1 ☐
b. le gotea la nariz o se le congestiona, comienza a estornudar o los ojos le pican o le lloran?	0 ☐	1 ☐

21. ¿Le han hecho le prueba de alergia en la piel?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

22. ¿Ha tenido sinusitis crónica?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

23. Cuando usted hace ejercicios o algún esfuerzo, o cuando el aire es frío, ¿alguna vez comienza a toser, le ronca el pecho, se siente con falta de respiración o se siente con el pecho apretado?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

24. ¿Tiene usted problemas de falta de respiración cuando camina apurado(a) en un terreno nivelado o cuando sube una pequeña colina?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 29**
Sí	1 ☐	

25. ¿Tiene que caminar más despacio que otras personas de su edad en un terreno nivelado por falta de respiración?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No se aplica	2 ☐

26. ¿Alguna vez tiene que detenerse para respirar cuando camina a su propio paso en un terreno nivelado?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No se aplica	2 ☐

27. ¿Alguna vez tiene que detenerse a respirar después de caminar alrededor de 100 yardas o 91 metros (después de unos minutos) en un terreno nivelado?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No se aplica	2 ☐

28. ¿Tiene mucha falta de respiración para salir de la casa o le falta la respiración cuando se viste o desviste?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No se aplica	2 ☐

29. Durante los últimos 12 meses, ¿cómo cuántos días faltó al trabajo o la escuela debido a enfermedades o síntomas respiratorios?

Ninguno	0 ☐	
1 a 5	1 ☐	
6 a15	2 ☐	
16 o más	3 ☐	
No se aplica—no va a trabajar ni escuela	4 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**

30. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted síntomas respiratorios (tos, flema, ronquido o falta de respiración) que cambió durante los fines de semana, las vacaciones o en otras ocasiones en las que usted estuvo alejado(a) de su actual empleo? Si tiene más de un empleo en la actualidad, piense en el empleo en el cual pasa la mayor parte del tiempo.

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**
Sí	1 ☐	
No sabe	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**
No se aplica—en estos momentos no tiene empleo que requiera trabajar fuera del hogar	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 32**

31. ¿Mejoran o empeoran sus síntomas respiratorios cuando usted está alejado(a) de su actual empleo?

Mejoran	1 ☐
Empeoran	2 ☐
No sabe	9 ☐

B. Respiratory Conditions

32. ¿Alguna vez ha tenido asma?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 38**
- Sí 1 ☐
- No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 38**

33. ¿Más o menos a qué edad le empezó?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 34**

33a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

34. ¿Le fue diagnosticado por un doctor u otro profesional de la salud?
- No 0 ☐
- Sí 1 ☐
- No sabe 9 ☐

35. ¿Todavía tiene asma?
- No 0 ☐
- Sí 1 ☐ → **GO TO QUESTION 37**
- No sabe 9 ☐

36. ¿A qué edad se le quitó?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

37. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado inhalador para el asma?
- No 0 ☐
- Sí 1 ☐

38. ¿Alguna vez ha tenido fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 40**
- Sí 1 ☐
- No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 40**

39. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado un aerosol nasal para la fiebre del heno?
- No 0 ☐
- Sí 1 ☐

40. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía pulmonía o bronconeumonía?
- No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 42**
- Sí 1 ☐
- No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 42**

41. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio pulmonía o bronconeumonía?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 42**

41a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

42. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tenía bronquitis crónica?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 44**
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 44**

43. ¿Más o menos que edad tenía cuando le dio bronquitis crónica por primera vez?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

If age is known → **GO TO QUESTION 44**

43a. Cuando era niño(a); edad desconocida ☐

44. ¿Alguna vez le ha dicho un doctor que tenía una enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfisema?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 47**
Sí 1 ☐
No sabe 9 ☐ → **GO TO QUESTION 47**

45. ¿Más o menos a que edad le empezó?

☐☐ Edad en años *(Answer "1" if younger than 1 year)*

46. ¿En los últimos 12 meses, ¿ha recibido tratamiento médico, ha tomado medicamentos o ha usado inhaladores para una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

C. Family History Questions

Las siguientes preguntas se refieren a sus familiares consanguíneos. Cuando le pregunte por hermanos(as), no incluya a medios(as) hermanos(as).

47. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tuvieron un ataque de asma?

a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
c. Hermanos(as)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

48. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron bronquitis crónica, una enfermedad pulmonar obstructiva o enfisema?

a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
c. Hermanos(as)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

49. ¿Alguna vez ha dicho un doctor que estos familiares tienen o tuvieron fiebre del heno (alergia que da en la nariz y/o los ojos)?

a. Madre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
b. Padre	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐
c. Hermanos(as)	No o No sabe	0 ☐	Sí	1 ☐

D. Tuberculosis Screening

50. ¿Alguna vez le han dicho que tiene tuberculosis activa o TB (por sus siglas en inglés)?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 52**
Sí	1 ☐	
Rehusó	2 ☐	
No sabe	9 ☐	

51. ¿Alguna vez le recetaron algún medicamento para tratar la tuberculosis activa o TB?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
Rehusó	2 ☐
No sabe	9 ☐

52. ¿Alguna vez le hicieron una prueba de tuberculosis en la piel o prueba TB (por ejemplo, prueba del derivado proteico de tuberculina o PPD, por sus siglas en inglés)?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
Sí	1 ☐	
Rehusó	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
No sabe	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**

53. ¿Fue el resultado:

Positivo	1 ☐	
Negativo	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**
No sabe	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 55**

54. ¿Le recetaron algún medicamento para evitar que se enfermara de tuberculosis o TB?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

55. ¿Alguna vez le han puesto una vacuna para prevenir la tuberculosis o TB, llamada Bacilo Calmette-Guerin o BCG?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
Rehusó	2 ☐
No sabe	9 ☐

E. Current Home Environment

56. Durante los últimos 12 meses, ¿ha habido en su hogar alguna inundación o algún daño causado por el agua?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

57. Durante los últimos 12 meses, ¿ha notado en su vivienda algo de moho u hongos en cualquier superficie, aparte de la comida?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

HCHS/SOL Sitting Blood Pressure

ID NUMBER:									FORM CODE: SBP VERSION: A 8/31/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Enter results as measured. If measure is unobtainable, enter the special missing value, "==", in the item.

A. Arm measurements

1. Arm used for sitting blood pressure measurement (choose one): ☐

Right (preferred) 1
Left 2
Other {note log} 3

2. Arm circumference (cm) ..... ☐☐

3. Cuff size: (arm circumference in brackets) ☐

Small {17-22 cm, CS19} 1
Adult {22-32 cm, CR19} 2
Large {32-42 cm, CL19} 3
X Large {42-50 cm, CX19} 4

4. Time of measurement

a. Time of day: ..... ☐☐:☐☐ (H H M M)

b. AM or PM

AM ..... A
PM ..... P

B. Average blood pressure / pulse rate

5. Systolic ..... | | |

6. Diastolic ..... | | |

7. Pulse: ..... | | |

C. First blood pressure / pulse rate

8. Systolic ..... | | |

9. Diastolic ..... | | |

10. Pulse: ..... | | |

D. Second blood pressure / pulse rate

11. Systolic ..... | | |

12. Diastolic ..... | | |

13. Pulse: ..... | | |

E. Third blood pressure / pulse rate

14. Systolic ..... | | |

15. Diastolic ..... | | |

16. Pulse: ..... | | |

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

HCHS/SOL Sociocultural Questionnaire

ID NUMBER:								

FORM CODE: SCE
VERSION: A 8/23/07

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Acculturation

Although you may speak many languages, the following questions refer to only English and Spanish.

1. In general, what language(s) do you read and speak?

Only Spanish	1 ☐
Spanish better than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
English better than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

2. What was the language(s) you used as a child?

Only Spanish	1 ☐
More Spanish than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
More English than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

3. What language(s) do you usually speak at home?

Only Spanish	1 ☐
More Spanish than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
More English than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

4. In which language(s) do you usually think?

Only Spanish	1 ☐
More Spanish than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
More English than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

5. What language(s) do you usually speak with your friends?

Only Spanish	1 ☐
More Spanish than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
More English than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

6. In general, what language(s) are the movies, T.V. and radio programs you prefer to watch and listen to?

Only Spanish	1 ☐
More Spanish than English	2 ☐
Both equally	3 ☐
More English than Spanish	4 ☐
Only English	5 ☐

7. Your close friends are…

All Hispanic/Latino	1 ☐
More Hispanic/Latino than non-Hispanic/non-Latino	2 ☐
About half and half	3 ☐
More non-Hispanic/non-Latino than Hispanic/Latino	4 ☐
All non-Hispanic/non-Latino	5 ☐

8. You prefer going to social gatherings/parties at which people are…

All Hispanic/Latino	1 ☐
More Hispanic/Latino than non-Hispanic/non-Latino	2 ☐
About half and half	3 ☐
More non-Hispanic/non-Latino than Hispanic/Latino	4 ☐
All non-Hispanic/non-Latino	5 ☐

9. The persons you visit or who visit you are…

All Hispanic/Latino	1 ☐
More Hispanic/Latino than non-Hispanic/non-Latino	2 ☐
About half and half	3 ☐
More non-Hispanic/non-Latino than Hispanic/Latino	4 ☐
All non-Hispanic/non-Latino	5 ☐

10. If you could choose your children's friends you would want them to be…

All Hispanic/Latino	1 ☐
More Hispanic/Latino than non-Hispanic/non-Latino	2 ☐
About half and half	3 ☐
More non-Hispanic/non-Latino than Hispanic/Latino	4 ☐
All non-Hispanic/non-Latino	5 ☐

B. Familism

Please indicate how much you agree or disagree with these statements by choosing the answer from 1 (disagree a lot) to 5 (agree a lot) which best shows how you feel about each statement.

11. One should have the hope of living long enough to see his/her grandchildren grow up.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

12. Aging parents should live with relatives.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

13. When someone has problems he/she can count on help from his/her relatives.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

14. Much of what a son or daughter does should be done to please the parents.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

15. One should be embarrassed about the bad things done by his/her brothers and sisters.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

16. Children should live in their parents' house until they get married.

Disagree a lot	1 ☐
Disagree	2 ☐
Don't disagree or agree	3 ☐
Agree	4 ☐
Agree a lot	5 ☐

C. Identity

There are many different words to describe the different backgrounds or ethnic groups that people come from. These questions are about your ethnicity and your ethnic group and how you feel about it or react to it. Choose the answer to indicate how much you agree or disagree with each statement.

17. I have a strong sense of belonging to my own ethnic group.

Strongly Disagree	1 ☐
Disagree	2 ☐
Agree	3 ☐
Strongly Agree	4 ☐

18. I have a lot of pride in my ethnic group.

Strongly Disagree	1 ☐
Disagree	2 ☐
Agree	3 ☐
Strongly Agree	4 ☐

D. Religion

19. In general, how often do you attend the main worship service of your church or otherwise participate in organizational religion (such as watching services on TV, listening to services on the radio, participate in Bible study groups, etc)?

Nearly every day	1 ☐
At least once a week	2 ☐
A few times a year	3 ☐
Less than once a year	4 ☐
Not at all	5 ☐

20. What religion would you identify yourself with?

None	01 ☐
Roman Catholic	02 ☐
Baptist	03 ☐
Pentecostal	04 ☐
Other Protestant	05 ☐
Jehovah's Witness	06 ☐
Mormon	07 ☐
Christian (non-specified) or "other Christian"	08 ☐
Jewish	09 ☐
Muslim	10 ☐
Other faith	11 ☐

21. How important would you say that religion and religious beliefs are to you?

Not at all important	1 ☐
A little important	2 ☐
Somewhat important	3 ☐
Pretty important	4 ☐
Very important	5 ☐

E. Perceived Discrimination

22. How often have you seen friends treated unfairly because they are Hispanic/Latino?

Never	1 ☐
Sometimes	2 ☐
Often	3 ☐
Always	4 ☐

23. How often do people treat you unfairly because you are Hispanic/Latino?

Never	1 ☐
Sometimes	2 ☐
Often	3 ☐
Always	4 ☐

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

HCHS/SOL Sociocultural Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: SCS
VERSION: A 12/05/07

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. Acculturation

Aunque hable más que un idioma, las siguientes preguntas se refieren solamente al inglés y al español.

1. Por lo general, ¿qué idioma(s) lee y habla usted?

Sólo español	1 ☐
Español mejor que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Inglés mejor que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

2. ¿Cuál fue el idioma(s) que habló cuando era niño(a)?

Sólo español	1 ☐
Más español que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Más inglés que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

3. ¿En qué idioma(s) habla en su casa?

Sólo español	1 ☐
Más español que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Más inglés que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

4. ¿En qué idioma(s) piensa?

Sólo español	1 ☐
Más español que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Más inglés que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

5. ¿En qué idioma(s) habla con sus amigos(as)?

Sólo español	1 ☐
Más español que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Más inglés que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

6. Por lo general, ¿en qué idioma(s) prefiere oír y ver películas y programas de radio y televisión?

Sólo español	1 ☐
Más español que inglés	2 ☐
Ambos por igual	3 ☐
Más inglés que español	4 ☐
Sólo inglés	5 ☐

7. Sus amistades son…

Sólo hispanos(as)/latinos(as)	1 ☐
Más hispanos(as)/latinos(as) que no hispanos(as)/latinos(as)	2 ☐
Casi mitad y mitad	3 ☐
Más no hispanos(as)/latinos(as) que hispanos(as)/latinos(as)	4 ☐
Sólo no hispanos(as)/latinos(as)	5 ☐

8. Usted prefiere ir a reuniones sociales/fiestas en las cuales las personas son…

Sólo hispanas/latinas	1 ☐
Más hispanas/latinas que no hispanas/latinas	2 ☐
Casi mitad y mitad	3 ☐
Más no hispanas/latinas que hispanas/latinas	4 ☐
Sólo no hispanas/latinas	5 ☐

9. Las personas que usted visita o que le visitan son…

Sólo hispanas/latinas	1 ☐
Más hispanas/latinas que no hispanas/latinas	2 ☐
Casi mitad y mitad	3 ☐
Más no hispanas/latinas que hispanas/latinas	4 ☐
Sólo no hispanas/latinas	5 ☐

10. Si pudiera escoger los amigos(as) de sus hijos(as), quisiera que ellos(as) fueran…

Sólo hispanos(as)/latinos(as)	1 ☐
Más hispanos(as)/latinos(as) que no hispanos(as)/latinos(as)	2 ☐
Casi mitad y mitad	3 ☐
Más no hispanos(as)/latinos(as) que hispanos(as)/latinos(as)	4 ☐
Sólo no hispanos(as)/latinos(as)	5 ☐

B. Familism

Por favor, indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes declaraciones seleccionando desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 5 (muy de acuerdo) de lo que mejor describe lo que usted siente con cada declaración.

11. Uno debe tener la esperanza de vivir el tiempo suficiente para poder ver crecer a sus nietos.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

12. Los padres ancianos o de edad avanzada deben vivir con sus familiares.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

13. Cuando alguien tiene problemas, él o ella puede contar con la ayuda de sus parientes.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

14. Mucho de lo que un hijo o una hija hace, debe ser para complacer a los padres.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

15. Uno debe avergonzarse de las cosas malas hechas por sus hermanos y hermanas.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

16. Los hijos deben vivir en la casa de sus padres hasta que se casen.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
No en desacuerdo ni de acuerdo	3 ☐
De acuerdo	4 ☐
Muy de acuerdo	5 ☐

C. Identity

Hay muchas palabras para describir los orígenes diferentes o grupos étnicos de do nde viene la gente. Estas preguntas son sobre su origen étnico y su grupo étnico y cómo se siente sobre el grupo o cómo reacciona ante cierto grupo. Escoja la respuesta que indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada frase.

17. Tengo un sentido fuerte de pertenencia a mi propio grupo étnico.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
De acuerdo	3 ☐
Muy de acuerdo	4 ☐

18. Estoy orgulloso(a) de mi grupo étnico.

Muy en desacuerdo	1 ☐
En desacuerdo	2 ☐
De acuerdo	3 ☐
Muy de acuerdo	4 ☐

D. Religion

19. En general, ¿con que frecuencia asiste a los servicios religiosos de su iglesia o participa en otro tipos de servicios religiosos (como mirando a los servicios por la televisión, escuchando a los servicios por la radio, participar en los grupos que estudia la biblia, etc.)?

Casi todos los días	1 ☐
Por lo menos una vez por semana	2 ☐
Pocas veces al año	3 ☐
Menos de una vez al año	4 ☐
Nunca	5 ☐

20. ¿Con qué religión se identifica usted?

Ninguna	01 ☐
Católica romana	02 ☐
Bautista	03 ☐
Pentecostal	04 ☐
Otro tipo de protestante	05 ☐
Testigo de Jehová	06 ☐
Mormona	07 ☐
Cristiana (no específica) u "otra religión cristiana”	08 ☐
Judía	09 ☐
Musulmana	10 ☐
Otra fe	11 ☐

21. ¿Qué tan importante es la religión y creencias religiosas para usted?

No es importante para nada	1 ☐
Poco importante	2 ☐
Algo importante	3 ☐
Bastante importante	4 ☐
Muy importante	5 ☐

E. Perceived Discrimination

22. ¿Con qué frecuencia ha visto a sus amistades ser tratadas injustamente porque son hispanos o latinos?

Nunca	1 ☐
A veces	2 ☐
Con frecuencia	3 ☐
Siempre	4 ☐

23. ¿Con qué frecuencia las personas lo(a) tratan injustamente porque usted es hispano(a) o latino(a)?

Nunca	1 ☐
A veces	2 ☐
Con frecuencia	3 ☐
Siempre	4 ☐

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

HCHS/SOL SF-12v2™ Health Survey

ID NUMBER:									FORM CODE: SFE VERSION: A 9/24/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

This survey asks for your views about your health. This information will help you keep track of how you feel and how well you are able to do your usual activities. Answer every question by selecting the answer as indicated. If you are unsure about how to answer a question, please give the best answer you can.

1. In general, would you say your health is:
   Excellent 1 ☐ Very good 2 ☐ Good 3 ☐ Fair 4 ☐ Poor 5 ☐

2. The following questions are about activities you might do during a typical day. Does your health now limit you in these activities? If so, how much?

	Yes, limited a lot	Yes, limited a little	No, not limited at all
a. **Moderate activities,** such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf	1 ☐	2 ☐	3 ☐
b. Climbing **several** flights of stairs	1 ☐	2 ☐	3 ☐

3. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of your physical health?

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Accomplished less than you would like	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Were limited in the kind of work or other activities	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

4. During the past 4 weeks, how much of the time have you had any of the following problems with your work or other regular daily activities as a result of any emotional problems (such as feeling depressed or anxious)?

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Accomplished less than you would like	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Did work or other activities less carefully than usual	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

5. During the past 4 weeks, how much did pain interfere with your normal work (including both work outside the home and housework)?

Not at all	1 ☐
A little bit	2 ☐
Moderately	3 ☐
Quite a bit	4 ☐
Extremely	5 ☐

6. These questions are about how you feel and how things have been with you during the past 4 weeks. For each question, please give the one answer that comes closest to the way you have been feeling. How much of the time during the past 4 weeks…

	All of the time	Most of the time	Some of the time	A little of the time	None of the time
a. Have you felt calm and peaceful?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Did you have a lot of energy?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Have you felt downhearted and depressed?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

7. During the past 4 weeks, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities (like visiting friends, relatives, etc.)?

All of the time	1 ☐
Most of the time	2 ☐
Some of the time	3 ☐
A little of the time	4 ☐
None of the time	5 ☐

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

HCHS/SOL SF-12v2™ Health Survey_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: SFS VERSION: A 8/28/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Esta encuesta le pide sus opiniones acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y que bien puede hacer usted sus actividades. Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:
   Excelente 1 ☐ Muy buena 2 ☐ Buena 3 ☐ Pasable 4 ☐ Mala 5 ☐

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita en absoluto
a. **Actividades moderadas**, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling, o al golf, o trabajar en el jardín	1 ☐	2 ☐	3 ☐
b. Subir **varios** pisos por la escalera	1 ☐	2 ☐	3 ☐

3. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: SFS VERSION: A 8/28/07	Contact Occasion			SEQ #		

4. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

5. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultad el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada en absoluto 1 ☐
Un poco 2 ☐
Medianamente 3 ☐
Bastante 4 ☐
Extremadamente 5 ☐

6. Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido tranquilo y sosegado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
b. Ha tenido mucha energía?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
c. Se ha sentido desanimado y deprimido?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

7. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

Siempre 1 ☐
Casi siempre 2 ☐
Algunas veces 3 ☐
Casi nunca 4 ☐
Nunca 5 ☐

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

HCHS/SOL Sleep Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: SLE VERSION: A 9/10/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

The following <u>two</u> questions refer to the times you get in and out of bed in order to sleep (not including naps).

1. What time do you usually go to bed?

   a. On weekdays? ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

   b. On weekends? ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

2. What time do you usually wake up?

   a. On weekdays? ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

   b. On weekends? ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

3. During a usual week, how many times do you nap for 5 minutes or more?

None	0 ☐
1 or 2 times	1 ☐
3 or 4 times	2 ☐
5 or more times	3 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: SLE VERSION: A 9/10/07	Contact Occasion		SEQ #	

The next questions ask about your sleep habits. Please choose *one* of the answers for each of the following questions. Pick the answer that best describes how often you experienced the situation in the *past 4 weeks.*

	No, not in the past 4 weeks	Yes, less than once a week	Yes, 1 or 2 times a week	Yes, 3 or 4 a week	Yes, 5 or more times a week
4. Did you have trouble falling asleep?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Did you wake up several times at night?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. Did you wake up earlier than you planned to?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. Did you have trouble getting back to sleep after you woke up too early?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Did you take sleeping pills to help you sleep?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Did you have sleep difficulties that made you very irritable?	1 ☐	2☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. Did you feel overly sleepy during the day?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

11. Overall, was your typical night's sleep during the past 4 weeks:

Very sound or restful	0 ☐
Sound or restful	1 ☐
Average quality	2 ☐
Restless	3 ☐
Very restless	4 ☐

12. What is the chance that you would doze off or fall asleep (not just "feel tired") in each of the following situations? If you are never or rarely in the situation, please give your best guess for what would happen. (*Choose one box for each item)*

	No Chance	Slight Chance	Moderate Chance	High Chance
a. Sitting and reading	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. Watching TV	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. Sitting inactive in a public place (such as a theater or a meeting)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. Riding as a passenger in a car for an hour without a break	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e. Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f. Sitting and talking to someone	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g. Sitting quietly after a lunch without alcohol	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h. In a car, while stopped for a few minutes in traffic	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
i. At the dinner table	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
j. While driving	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

13. How often do you snore now? *(Mark only one)*

Never	1 ☐
Rarely (1-2 nights a week)	2 ☐
Sometimes (3-5 nights a week)	3 ☐
Always or almost always (6-7 nights a week)	4 ☐
Don't know	9 ☐

14. How often do you have times when you stop breathing during your sleep?

Never	1 ☐
Rarely (1-2 nights a week)	2 ☐
Sometimes (3-5 nights a week)	3 ☐
Always or almost always (6-7 nights a week)	4 ☐
Don't know	9 ☐

15. Do you ever experience a desire to move your legs because of discomfort or disagreeable sensations in your legs?

No	0 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**
Yes	1 ☐	
Don't know	9 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**

16. Do you sometimes feel the need to move to relieve the discomfort, for example by walking, or to relieve the discomfort by rubbing your legs?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

17. Are these symptoms worse when you are at rest, with at least temporary relief by activity?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

18. Are these symptoms worse later in the day or at night?

No	0 ☐
Yes	1 ☐
Don't know	9 ☐

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

HCHS/SOL Sleep Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:								

FORM CODE: SLS
VERSION: A 12/05/07

Contact Occasion: ☐☐

SEQ #: ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Las siguientes <u>dos</u> preguntas se refiere a la hora que va a la cama para dormir y la hora que sale de la cama al despertarse (no incluye las siestas).

1. ¿A qué hora se va a dormir generalmente?

   a. Durante los días de semana ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

   b. Durante los fines de semana ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

2. ¿A qué hora se despierta generalmente?

   a. Durante los días de semana ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

   b. Durante los fines de semana ☐☐:☐☐ __ __ am/pm

3. Durante una semana normal, ¿cuántas veces toma usted una siesta de 5 minutos o más?

   Ninguna 0 ☐
   1 o 2 veces 1 ☐
   3 o 4 veces 2 ☐
   5 veces o más 3 ☐

ID NUMBER:									FORM CODE: SLS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		

Las siguientes preguntas tratan de sus hábitos de dormir. Por favor, escoja una respuesta para cada pregunta. Escoja la respuesta que mejor describe con qué frecuencia se ha encontrado en cada situación durante las últimas *4 semanas.*

	No, no en las últimas 4 semanas	Sí, menos de una vez por semana	Sí. 1o 2 veces por semana	Si, 3 o 4 veces por semana	Si, 5 o más veces por semana
4. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a)?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. ¿Se despertó varias veces durante la noche?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
6. ¿Se despertó más temprano de lo que había planeado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
7. ¿Tuvo problemas para quedarse dormido(a) nuevamente después de que se despertó más temprano de lo acostumbrado?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. ¿Toma pastillas para ayudarse a dormir?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. ¿Tuvo problemas para dormir que lo(a) hacían sentirse irritable?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
10. ¿Se sintió con mucho sueño durante el día?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

11. En general, ¿cómo ha dormido durante las noches normales en las últimas 4 semanas?

Muy profundo o muy descansado(a)	0 ☐
Profundo o descansado(a)	1 ☐
Más o menos bien	2 ☐
Intranquilo(a)	3 ☐
Muy intranquilo(a)	4 ☐

12. ¿Qué probabilidad hay de que usted se adormezca o se quede dormido(a) (no sólo “sentirse cansado(a)”) en cada una de las siguientes situaciones? Si usted nunca se encuentra en tal situación o se encuentra en esa situación rara vez, por favor, dénos la respuesta que a su parecer, se parece mejor a lo que sucedería.

	Ninguna probabilidad	Poca probabilidad	Probabilidad moderada	Mucha probabilidad
a. Sentado(a) y leyendo	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
b. Viendo televisión	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
c. Sentado(a) y estando inactivo(a) en un lugar público (tal como en un teatro o en una reunión)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
d. Ir como pasajero(a) en un automóvil durante una hora sin tomar un descanso	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
e. Recostarse a descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
f. Sentado(a) y hablando con alguien	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
g. Sentado(a) tranquilamente después de almorzar, sin haber tomado alcohol	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
h. En un automóvil, cuando se detiene por unos pocos minutos en el tráfico	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
i. En la mesa a la hora de cenar	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
j. Mientras maneja	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

13. ¿Con qué frecuencia ronca actualmente? *(Mark only one)*

Nunca	1 ☐
Rara vez (1a 2 noches por semana)	2 ☐
Algunas veces (3 a 5 noches por semana)	3 ☐
Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana)	4 ☐
No sabe	9 ☐

14. ¿Con qué frecuencia tiene usted momentos cuando deja de respirar mientras duerme?

Nunca	1 ☐
Rara vez (1 a 2 noches por semana)	2 ☐
Algunas veces (3 a 5 noches por semana)	3 ☐
Siempre o casi siempre (6 a 7 noches por semana)	4 ☐
No sabe	9 ☐

15. ¿Alguna vez ha sentido el deseo de mover sus piernas debido a la incomodidad o por sensaciones desagradables en sus piernas?

No	0 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**
Sí	1 ☐	
No sabe	9 ☐	→ **END QUESTIONNAIRE**

16. ¿Siente alguna vez la necesidad de moverse para aliviar la incomodidad, como por ejemplo caminar, o de aliviar la incomodidad frotando sus piernas?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

17. ¿Son estos síntomas peores cuando está descansando, pero con algún alivio temporal al realizar alguna actividad?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

18. ¿Son estos síntomas peores en el transcurso del día o durante la noche?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

OMB#: 0925-XXXX
Exp. XX/XXXX

HCHS/SOL Social Network Index Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: SNE VERSION: A 8/29/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

These questions are concerned with how many people you see or talk to on a regular basis. Some questions ask about your parents. For these questions, you should consider the parents (including stepparents and adoptive parents) who were your primary caregivers during your childhood.

1. How many children do you have?

None	0 ☐ → **GO TO QUESTION 3**
1	1 ☐
2	2 ☐
3	3 ☐
4	4 ☐
5	5 ☐
6	6 ☐
7 or more	7 ☐

2. How many of your children do you see or talk to on the phone at least once every 2 weeks?

None	0 ☐
1	1 ☐
2	2 ☐
3	3 ☐
4	4 ☐
5	5 ☐
6	6 ☐
7 or more	7 ☐

3. Are either of your parents living?

Neither	0 ☐ → **GO TO QUESTION 5**
Mother only	1 ☐
Father only	2 ☐
Both	3 ☐

4. Do you see or talk on the phone to either of your parents at least once every 2 weeks?

Neither	0 ☐
Mother only	1 ☐
Father only	2 ☐
Both	3 ☐

5. Are either of your in-laws (or partner's parents) living?

Neither	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 7**
Mother only	1 ☐	
Father only	2 ☐	
Both	3 ☐	
Not applicable	4 ☐	→ **GO TO QUESTION 7**

6. Do you see or talk on the phone to either of your in-laws (or partner's parents) at least once every 2 weeks?

Neither	0 ☐
Mother only	1 ☐
Father only	2 ☐
Both	3 ☐

7. How many other relatives (other than your spouse, parents & children) do you feel close to?

None	0 ☐
1	1 ☐
2	2 ☐
3	3 ☐
4	4 ☐
5	5 ☐
6	6 ☐
7 or more	7 ☐

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

HCHS/SOL Social Network Index Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: SNS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion			SEQ #		

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Estas preguntas son sobre la gente que ve y le habla regularmente. Algunas preguntas se refieren a sus padres. Para estas preguntas, piense en sus padres (incluyendo padrastros y padres adoptivos) quienes fueron sus cuidadores principales durante su niñez.

1. ¿Cuántos hijos tiene usted?

Ninguno	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 3**
1	1 ☐	
2	2 ☐	
3	3 ☐	
4	4 ☐	
5	5 ☐	
6	6 ☐	
7 o más	7 ☐	

2. ¿Cuántos de sus hijos ve usted y habla por teléfono al menos una vez cada dos semanas?

Ninguno	0 ☐
1	1 ☐
2	2 ☐
3	3 ☐
4	4 ☐
5	5 ☐
6	6 ☐
7 o más	7 ☐

3. ¿Aun vive alguno de sus padres?

Ninguno	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 5**
Solo mi madre	1 ☐	
Solo mi padre	2 ☐	
Ambos	3 ☐	

4. ¿Usted ve o habla por teléfono con unos de sus padres por lo menos una vez cada 2 semanas?

Ninguno	0 ☐
Solo mi madre	1 ☐
Solo mi padre	2 ☐
Ambos	3 ☐

5. ¿Aun vive alguno de sus suegros (o los padres de su pareja)?

Ninguno	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 7**
Suegra solamente	1 ☐	
Suegro solamente	2 ☐	
Ambos	3 ☐	
No se aplica	4 ☐	→ **GO TO QUESTION 7**

6. ¿Usted ve o habla por teléfono con uno de sus suegros (o los padres de su pareja) por lo menos una vez cada 2 semanas?

Ninguno	0 ☐
Suegra solamente	1 ☐
Padre solamente	2 ☐
Ambos	3 ☐

7. ¿Con cuántos otros familiares se siente cercano(a) (aparte de su esposo(a), padres e hijos)?

Ninguno	0 ☐
1	1 ☐
2	2 ☐
3	3 ☐
4	4 ☐
5	5 ☐
6	6 ☐
7 o más	7 ☐

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

HCHS/SOL Tobacco Use Questionnaire

ID NUMBER:									FORM CODE: TBE VERSION: A 8/30/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

The following questions are about tobacco and tobacco use.

A. Cigarette Smoking

1. Have you ever smoked at least 100 cigarettes in your entire life?
   - No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
   - Yes 1 ☐

2. How old were you when you first started to smoke cigarettes fairly regularly?
   - ☐☐ Years old
   - ☐ Never smoked cigarettes regularly

3. Do you NOW smoke daily, some days or not at all?
   - Daily 1 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
   - Some days 2 ☐ → **GO TO QUESTION 5**
   - Not at all 3 ☐ → **GO TO QUESTION 6**

B. Smoke Daily

4. How many cigarettes do you smoke per day now?
   ☐☐ Cigarettes per day *(1 = 1 or fewer per day)*

   4a. Did you ever quit smoking for 6 months or longer?
   - No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 9**
   - Yes 1 ☐

   4b. For how many years in total did you quit smoking?
   ☐☐ Years → **GO TO QUESTION 7**

C. Smoke Some Days

5. During the past 30 days, how many days did you smoke cigarettes?
   ☐☐ Number of days

   5a. During the past 30 days, on days that you smoked, how many cigarettes did you smoke per day?
   ☐☐ Cigarettes per day *(1 = 1 or fewer per day)*

5b. Did you ever quit smoking for 6 months or longer?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 9**
Yes 1 ☐

5c. For how many years in total did you quit smoking?

☐☐ Years → **GO TO QUESTION 7**

D. Currently Smoke Not at All

6. How old were you when you completely stopped smoking?

☐☐ Years old

6a. When you were a smoker, did you ever quit smoking for 6 months or longer before you completely stopped smoking?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
Yes 1 ☐

6b. During the time that you were a smoker, for how many years in total did you quit smoking?

☐☐ Years

E. Smoking Cessation

7. What is the main reason you quit smoking cigarettes?

Advice of physician 1 ☐
Health reasons, self-initiated, including disease prevention 2 ☐
Pressure from others, excluding physician 3 ☐
Other 4 ☐
If other, please specify: _____

8a. Has a doctor ever prescribed any aids to help you quit smoking, such as nicotine replacement gum, the patch, or any type of medication?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

8b. Have you ever used any over-the-counter aids to help you quit smoking, such as nicotine replacement gum, the patch, or any type of medication?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

8c. Have you ever used behavioral or group therapy to help you quit smoking?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

9. Of the <u>entire</u> time you have or had smoked, on average how many cigarettes do you or did you smoke per day?

☐☐ Cigarettes per day *(1 = 1 or fewer per day)*

F. Pipe Smoking

10. Have you ever smoked a pipe regularly? *(Regularly means more than 12 oz. of tobacco in a lifetime.)*

No 0 ☐
Yes 1 ☐

G. Cigar Smoking

11. Have you ever smoked cigars regularly? *(Regularly means more than 1 cigar/week for one year at any time in your life.)*

No 0 ☐
Yes 1 ☐

H. Second-hand Smoke Exposure

12. Before age 13, did you live with a regular cigarette smoker who smoked in your home?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 14**
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐ → **GO TO QUESTION 14**

13. Did your mother (or the primary female caregiver who lived in your home) smoke in your home?

No 0 ☐
Yes 1 ☐
Don't know 9 ☐

14. Not counting yourself, how many people currently living in your household smoke regularly in the home?

None 0 ☐
1 person 1 ☐ → **GO TO QUESTION 16**
2 people 2 ☐ → **GO TO QUESTION 16**
3 people 3 ☐ → **GO TO QUESTION 16**
4 or more people 4 ☐ → **GO TO QUESTION 16**

15. Since age 13 have you ever lived with a regular cigarette smoker (not including yourself) who smoked in your home?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

16. During the past year, how many hours per week, on average, were you in close contact with people who were smoking? This includes time at home, at work, in a car, or other close quarters.

☐☐☐ Hours per week

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

HCHS/SOL Tobacco Use Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: TBS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Las siguientes preguntas se refieren al tabaco y al uso de tabaco.

A. Cigarette Smoking

1. ¿Alguna vez ha fumado usted por lo menos 100 cigarrillos en su vida?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 10**
Sí 1 ☐

2. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar cigarrillos de manera regular?

☐☐ Edad en años

☐ Nunca fumó cigarrillos de manera regular

3. ¿ACTUALMENTE fuma usted cigarrillos diariamente, algunos días o no fuma en absoluto?

Diario 1 ☐ → **GO TO QUESTION 4**
Algunos días 2 ☐ → **GO TO QUESTION 5**
En absoluto 3 ☐ → **GO TO QUESTION 6**

B. Smoke Daily

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?

☐☐ Cigarrillos al día *(1 = 1 o fewer per day)*

4a. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 9**
Sí 1 ☐

4b. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?

☐☐ Años → **GO TO QUESTION 7**

C. Smoke Some Days

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?

☐☐ Número de días

5a. Durante los últimos 30 días en los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó cada día?

☐☐ Cigarrillos al día *(1 = 1 or fewer per day)*

5b. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 9**
Sí 1 ☐

5c. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?

☐☐ Años → **GO TO QUESTION 7**

D. Currently Smoke Not at All

6. ¿Cuántos años tenía usted cuando dejó de fumar completamente?

☐☐ Edad en años

6a. Cuando usted era un(a) fumador(a), ¿alguna vez dejó de fumar por 6 meses o más antes de dejar de fumar completamente?

No 0 ☐ → **GO TO QUESTION 7**
Sí 1 ☐

6b. Durante el tiempo que usted fue un fumador, ¿por cuántos años en total dejó de fumar?

☐☐ Años

E. Smoking Cessation

7. ¿Cuál es la principal razón por la que usted dejó de fumar cigarrillos?

Por consejo del médico 1 ☐
Por razones de salud, iniciado por usted mismo incluyendo precaución con respeto a las enfermedades 2 ☐
Por presión de otras personas, sin incluir el médico 3 ☐
Otra 4 ☐
Si otra, por favor especifique: _____

8a. ¿Alguna vez le ha dado un doctor alguna terapia de reemplazo de nicotina para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

8b. ¿Alguna vez ha usado alguna terapia de reemplazo de nicotina sin receta médica para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina sin receta?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

8c. ¿Alguna vez ha participado en terapia de comportamiento o grupo para ayudarle dejar de fumar?

No 0 ☐
Sí 1 ☐

9. En promedio, durante <u>todo</u> el tiempo que usted ha fumado o fumó, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

☐☐ Cigarrillos al día *(1 = 1 or fewer per day)*

F. Pipe Smoking

10. ¿Alguna vez ha fumado pipa de manera regular? *('Regular' significa más de 12 onzas de tabaco en toda su vida.)*

No	0 ☐
Sí	1 ☐

G. Cigar Smoking

11. ¿Alguna vez ha fumado cigarros o puros de manera regular? *('Regular' significa más de 1 cigarro o puro a la semana por un año en cualquier momento en su vida.)*

No	0 ☐
Sí	1 ☐

H. Second-hand Smoke Exposure

12. Antes de cumplir 13 años de edad, vivió usted con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar?

No	0 ☐	→ **GO TO QUESTION 14**
Sí	1 ☐	
No sabe	9 ☐	→ **GO TO QUESTION 14**

13. ¿Fumaba su madre en su hogar (o la mujer que lo(a) cuidaba principalmente y que vivía en su hogar)?

No	0 ☐
Sí	1 ☐
No sabe	9 ☐

14. Sin incluirse usted, ¿cuántas personas que viven actualmente en su vivienda, fuman regularmente en el hogar?

Ninguna	0 ☐	
1 persona	1 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
2 personas	2 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
3 personas	3 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**
4 personas o más	4 ☐	→ **GO TO QUESTION 16**

15. Desde que cumplió 13 años de edad, ¿alguna vez vivió con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar (sin incluirse usted)?

No	0 ☐
Sí	1 ☐

16. Durante el último año, en promedio, ¿cuántas horas por semana estuvo usted en contacto cercano con personas que estaban fumando? Esto incluye el tiempo que pasó en el hogar, el trabajo, en el carro o en otro sitio cerrado.

☐☐☐ Horas a la semana

HCHS/SOL Tympanometry Examination

ID NUMBER:									FORM CODE: TYM VERSION: A 2/07/08	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff Examiner ID: ☐☐☐

0c. Tympanometer # : ☐☐☐☐

Instructions: Enter "=" if a measurement is permanently missing.

Measurement		Right ear		Left ear
Seal Obtained	T1R	☐ 0 = No (skip to T1L) 1 = Yes 9 = Not Done (skip to T1L)	T1L	☐ 0 = No (skip to T8R) 1 = Yes 9 = Not Done (skip to T8R)
MEP	T2R	☐☐☐☐ +200 — -312 or =	T2L	☐☐☐☐ +200 — -312 or =
PV	T3R	☐☐☐☐ 0.2 — 7	T3L	☐☐☐☐ 0.2 — 7
Comp	T4R	☐☐☐☐ 0.0 — 8	T4L	☐☐☐☐ 0.0 — 8
TW	T5R	☐☐☐☐ 15 – 220 or ===	T5L	☐☐☐☐ 15 – 220 or ===
Reflex Obtained 1 KHz	T6R	☐ 0 = No 1 = Yes	T6L	☐ No ☐ Yes
Relfex Obtained 2 KHz	T7R	☐ 0 = No 1 = Yes	T7L	☐ No ☐ Yes

ID NUMBER:								FORM CODE: TYM VERSION: A 8/21/07	Contact Occasion		SEQ #	

Repeat Measurement		Right ear		Left ear
Tympanometry Repeated	T8R	☐ 0 = No (skip to T8L) 1 = Yes	T8L	☐ 0 = No (Go to next part) 1 = Yes
Repeat Seal Obtained	T9R	☐ 0 = No (skip to T8L) 1 = Yes	T9L	☐ 0 = No (Go to next part) 1 = Yes
MEP	T10R	☐ +200 — -312 or =	T10L	☐ +200 — -312 or =
PV	T11R	☐ 0.2 — 7	T11L	☐ 0.2 — 7
Comp	T12R	☐ 0.0 — 8	T12L	☐ 0.0 — 8
TW	T13R	☐ 15 – 220 or ===	T13L	☐ 15 – 220 or ===
Reflex Obtained 1 KHz	T14R	☐ 0 = No 1= Yes	T14L	☐ 0 = No 1 = Yes
Reflex Obtained 2 KHz	T15R	☐ 0 = No 1 = Yes	T15L	☐ 0 = No 1 = Yes

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

HCHS/SOL Well-Being Questionnaire

ID NUMBER:								

FORM CODE: WBE
VERSION: A 10/12/07

Contact Occasion ☐☐

SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

A. CES-D 10

I am going to read a list of some of the ways you may have felt or behaved. Please indicate how often you have felt this way during the past week. Respond by saying "rarely or none of the time', meaning less than one day during the past week, 'some or a little of the time', meaning one to two days during the past week, 'occasionally or a moderate amount of time, meaning three to four days, or 'all of the time' meaning five to seven days. Choose only one of these categories for each item statement I read.

	Rarely or none of the time (<1 day)	Some or a little of the time (1-2 days)	Occasionally or a moderate amount of time (3-4 days)	All of the time (5-7 days)
1. I was bothered by things that usually don't bother me.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. I had trouble keeping my mind on what I was doing.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. I felt depressed.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. I felt that everything I did was an effort.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5. I felt hopeful about the future.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. I felt fearful.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. My sleep was restless.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. I was happy.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. I felt lonely.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. I could not "get going".	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. Spielberger Trait Anxiety Scale

I am now going to read you another list of statements. Do not spend too much time on any one statement but give the answer which seems to describe how you generally feel.

	Almost never	Sometimes	Often	Almost always
11. I feel nervous and restless.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
12. I feel satisfied with myself.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
13. I wish I could be as happy as others seem to be.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
14. I feel like a failure.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
15. I worry too much over something that really doesn't matter.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
16. I lack self-confidence.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
17. I feel secure.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
18. I feel inadequate.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
19. I am a steady person.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
20. I get in a state of tension or turmoil as I think over my recent concerns and interests.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

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

HCHS/SOL Well-Being Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: WBS VERSION: A 12/05/07	Contact Occasion		SEQ #	

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ 0b. Staff ID: ☐☐☐

Instructions: Mark the appropriate box for the response. Unless instructed, mark ONLY one response.

A. CES-D 10

Aquí le presento una lista de frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada. Puede responder con 'raramente o ninguna vez', que significa menos de un día a la semana, 'algunas veces o pocas veces, que significa uno a dos días a la semana, 'ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado', que significa tres o cuatro días a la semana o 'la mayor parte del tiempo, que significa cinco a siete días a la semana. Escoja una opción para cada frase.

	Raramente o ninguna vez (<1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
2. Tuve dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
3. Me sentí deprimido(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
4. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
5. Me sentí con esperanza en el futuro.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
6. Me sentí con miedo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
7. Mi sueño fue inquieto.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
8. Estuve contento(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
9. Me sentí solo(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
10. No tuve ganas de hacer nada.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

B. Spielberger Trait Anxiety Scale

Ahora le voy a presentar otra lista de frases. No tome mucho tiempo en cada frase pero escoja la respuesta que describa mejor cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Me siento nervioso(a) e inquieto(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
12. Me siento satisfecho(a) conmigo mismo(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
13. Desearía que pudiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
14. Siento que soy un fracaso.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
15. Me preocupo mucho por algo que realmente no vale la pena.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
16. No tengo confianza en mi mismo(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
17. Me siento seguro(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
18. Me siento inadecuado(a).	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
19. Soy una persona estable.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐
20. Me siento en un estado agitado y tenso cuando pienso en mis preocupaciones e intereses recientes.	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐

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

HCHS/SOL Weight History Questionnaire

ID NUMBER: ☐☐☐☐☐☐☐☐ FORM CODE: WHE VERSION: A 8/30/07 Contact Occasion ☐☐ SEQ # ☐☐

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year) 0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Interviewer: Ask participant his/her age. Check Question 1 below if participant is under 21 years old.

Note questions may be skipped due to participant's age.

1. Under 21 years old ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

These set of questions asks about your height and weight at different ages since age 21. If you don't remember exactly, give your best guess.

2. How tall were you (without shoes on) at about age 21 (your tallest adult height)? *(Provide in either centimeters OR feet and inches)*

☐☐☐ Centimeters **OR** ☐☐ Feet ☐☐ Inches

3. What was your weight at about **age 21**? (Women, when you were not pregnant) (*Provide in either kilograms OR pounds, rounding to the nearest kilogram or pound)*

☐☐☐ Kilograms **OR** ☐☐☐ Pounds

4. What was your weight at about **age 45**? (Women, when you were not pregnant) (*Provide in either kilograms OR pounds, rounding to the nearest kilogram or pound)*

☐☐☐ Kilograms **OR** ☐☐☐ Pounds

5 What was your weight at about **age 65**? (*Provide in either kilograms OR pounds, rounding to the nearest kilogram or pound)*

☐☐☐ Kilograms **OR** ☐☐☐ Pounds

6. How much has your weight changed in the last 12 months? (*Provide in either kilograms OR pounds, rounding to the nearest kilogram or pound)*

☐☐☐ Kilograms **OR** ☐☐☐ Pounds

(If no change, enter "00" → **END QUESTIONNAIRE***)*

7. Was this change a loss or a gain?

Loss 1 ☐
Gain 2 ☐

8. Did you lose/gain weight because you were trying to lose/gain weight?

No 0 ☐
Yes 1 ☐

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

HCHS/SOL Weight History Questionnaire_Spanish

ID NUMBER:									FORM CODE: WHS VERSION: A 2/15/08	Contact Occasion			SEQ #		

Acrostic: _____

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ (Month / Day / Year)

0b. Staff ID: ☐☐☐

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.

Interviewer: Ask participant his/her age. Check Question 1 below if participant is under 21 years old.

Note questions may be skipped due to participant's age.

1. Menos de 21 años de edad ☐ → **END QUESTIONNAIRE**

La siguiente serie de preguntas es sobre su estatura y su peso en diferentes edades desde los 21 años. Si no recuerda con exactitud, por favor dénos su mejor cálculo.

2. ¿Cuánto medía usted (sin zapatos) cuando tenía alrededor de 21 años de edad (su estatura más alta como persona adulta)? *(Dé la medida ya sea en centímetros o pies)*

☐☐☐ Centímetros **O** ☐☐ Pies ☐☐ Pulgadas

3. ¿Cuánto pesaba usted cuando tenía alrededor de **21 años de edad**? (Mujeres, cuando no estaban embarazadas). *(Dé el peso ya sea en kilos O en libras, redondee la cantidad al kilo o la libra más cercana)*

☐☐☐ Kilogramos **O** ☐☐☐ Libras

4. ¿Cuánto pesaba usted cuando tenía alrededor de **45 años de edad**? (Mujeres, cuando no estaban embarazadas) *(Dé el peso ya sea en kilos O en libras, redondee la cantidad al kilo o la libra más cercana)*

☐☐☐ Kilogramos **O** ☐☐☐ Libras

5. ¿Cuánto pesaba usted cuando tenía alrededor de **65 años de edad**? *(Dé el peso ya sea en kilos O en libras, redondee la cantidad al kilo o la libra más cercana)*

☐☐☐ Kilogramos **O** ☐☐☐ Libras

6. ¿Cuánto ha cambiado su peso en los últimos 12 meses? *(Dé el peso ya sea en kilos O en libras, redondee la cantidad al kilo o la libra más cercana)*

☐☐☐ Kilogramos **O** ☐☐☐ Libras

(If no change, enter "00" → **END QUESTIONNAIRE***)*

7. ¿Fue una pérdida de peso o un aumento de peso?

Pérdida de peso 1 ☐
Aumento de peso 2 ☐

8. ¿Bajó o subió usted de peso porque estaba tratando de bajar o subir de peso?

No 0 ☐
Sí 1 ☐