

# Identificacion Del Participante

---

---

## IDENTIFICACION DEL PARTICIPANTE

Subject ID \_\_\_\_\_

Interviewer Identification:

- PR37  
 PR30  
 PR36  
 PR53  
 PR58

---

---

### Date & Duration of First Interview Session:

DATE: \_\_\_\_\_

((Please click on the TODAY's button and DO NOT enter the date manually))

1a. START TIME: \_\_\_\_\_

((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

---

---

### Date & Duration of Second Interview Session:

DATE: \_\_\_\_\_

((Please click on the TODAY's button and DO NOT enter the date manually))

4a. START TIME: \_\_\_\_\_

((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

---

---

### Date & Duration of Third Interview Session:

DATE: \_\_\_\_\_

((Please click on the TODAY's button and DO NOT enter the date manually))

7a. START TIME: \_\_\_\_\_

((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

# Mmse Minimental State Examination

---



---

## (MMSE) MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Instrucciones: A continuacion, le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su concentracion y su memoria. Seran preguntas muy sencillas.

1. Puede leer?

No

Si

((Entrevistador: para esta pregunta, el énfasis es analfabetismo no en problemas de vision. La respuesta debe ser 'SI', si el participante sabe leer, aunque ya no pueda ver lo suficiente para poder leer))

2. Puede escribir?

No

Si

((Entrevistador: para esta pregunta, el énfasis es analfabetismo no en problemas de vision. La respuesta debe ser 'SI', si el participante sabe escribir, aunque ya no pueda ver lo suficiente para poder escribir))

3. Puede ver lo suficientemente bien para leer una revista?

No

Si

((Entrevistador: aqui el énfasis es en la vision y no en analfabetismo. La respuesta debe ser 'SI' si puede, por ejemplo, ver lo suficiente como para dibujar, aunque no sepa como leer))

4. Tiene artritis severa que le previene poder escribir o dibujar?

No

Si

1. En que ano estamos?

\_\_\_\_\_

En que mes estamos?

\_\_\_\_\_

Cual es la fecha?

\_\_\_\_\_

SCORE

0

1

2

3

2. En que estacion / epoca del ano estamos?

Winter

Spring

Summer

Fall

SCORE

0

1

3. Que dia de la semana es hoy?

\_\_\_\_\_

SCORE

0

1

4. En que ciudad estamos ?

\_\_\_\_\_

En que parte o barrio de la ciudad estamos?

\_\_\_\_\_

En que Estado estamos?

\_\_\_\_\_

SCORE

- 0
- 1
- 2
- 3

5. Cual es el nombre de este lugar?

\_\_\_\_\_

SCORE

- 0
- 1

6. En que piso de esta casa o edificio estamos?

\_\_\_\_\_

SCORE

- 0
- 1

7. Le voy a nombrar 3 objetos. Despues que se los mencione le voy a pedir que me los repita.

- MANGO
- MESA
- PESO

SCORE

- 0
- 1
- 2
- 3

8. Por favor reste 7 de100, y luego restar 7 de la respuesta que obtenga y seguir restando 7 hasta que yo le diga que se detenga?

If the participant refuses to perform this practice, please select YES and SKIP to # 9

- No
- Si

Record 1:

\_\_\_\_\_

Record 2:

\_\_\_\_\_

Record 3:

\_\_\_\_\_

Record 4:

\_\_\_\_\_

Record 5:

\_\_\_\_\_

SCORE

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

9. Cuales son los tres objetos que le pedi que recordara hace un momento atras?

- MANGO
- MESA
- PESO

SCORE

- 0
- 1
- 2
- 3

MOSTRAR UN RELOJ

10. Como se llama esto?

SCORE

- 0
- 1

MOSTRAR UN LAPIZ

11. Como se llama esto?

SCORE  0  
 1

12. Por favor repita lo siguiente: 'No hay pero que valga'

SCORE  0  
 1

MOSTRAR HOJA CON 'CIERRE SUS OJOS'

13. Por favor lea lo siguiente y haga lo que dice alli:

SCORE  0  
 1

Lea la frase y despues entregue el papel:

14. Ahora le voy a dar una hoja de papel. Cuando lo haga, tome la hoja con su mano derecha, doble la hoja en dos con sus dos manos y pongala en su regazo (sobre su falda/ piernas).

SCORE  0  
 1  
 2  
 3

15. Por favor escriba una oracion completa (cualquier oracion) en esta hoja de papel

SCORE  0  
 1

16. Aqui tenemos un dibujo. Por favor copie este dibujo lo mejor que pueda en la misma hoja de papel que le he dado

SCORE  0  
 1

TOTAL POINTS: \_\_\_\_\_

TOTAL POINTS: \_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# Bpa Presion Arterial

---

---

**Primera Medicion:**

1. Ha tomado alguna medicina para la presion alta / hypertension hoy?

- No
- Si
- No Sabe
- NA
- Rehusa

1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_

2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_

3. PULSO: \_\_\_\_\_

4. TIEMPO: \_\_\_\_\_

---

---

**Segunda Medicion:**

ENTREVISTADOR: El tiempo entre cada medida debe ser al menos de 3 minutos.

1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_

2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_

3. PULSO: \_\_\_\_\_

4. TIEMPO: \_\_\_\_\_

Tiempo entre cada medida \_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# Mha Historial Migratorio

## (MHA) HISTORIAL MIGRATORIO

Instrucciones: Ahora quisiera preguntarle si usted recientemente ha visitado Puerto Rico, y si si por cuanto tiempo visito

CO-INFORMANT

No

Si

1. Ha ido usted a Puerto Rico desde su ultima entrevista en \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_? (anote la fecha de la ultima entrevista)

No

Si

((Si NO, pase a la SIGUIENTE SECCION) )

2. Cuando fue su ultima visita? ENTREVISTADOR: Si el Sujeto tiene problema recordando, INVESTIGUE: En que mes visito; llego a inicios o finales de mes? Si Sujeto dice a inicios, marque dia 15. Si Sujeto dice a finales, marque dia 30.

\_\_\_\_\_

3. Cuando regreso a \_\_\_\_\_? (anote el vecindario donde el Sujeto vive)

\_\_\_\_\_

3. Fecha ENTREVISTADOR: Si el Sujeto tiene problema recordando, INVESTIGUE: En que mes regreso; regreso a inicios o finales de mes?

\_\_\_\_\_  
(Si Sujeto dice a inicios, marque dia 15 o Si Sujeto dice a finales, marque dia 30)

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Se La Exposicion Al Sol

## (SE) La Exposicion al sol

CO-INFORMANT

 No Si

## 10 YEARS

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a su lugar de residencia e historial migratorio durante los pasados años.

1a. Basandose en los pasados diez anos, Durante cuantos anos o meses ha vivido Ud en el noreste de los Estados Unidos (Massachussets, Nueva York, etc)?

\_\_\_\_\_ (Anos)

\_\_\_\_\_ (Meses)

1b. Basandose en los pasados diez anos, Durante cuantos anos o meses ha vivido Ud en Puerto Rico, en el sur de los Estados Unidos, u otra area de

\_\_\_\_\_ (Anos)

\_\_\_\_\_ (Meses)

## Pasado ano (12 meses)

2a. En el pasado (1) ano, cuantos meses ha vivido Ud en el noreste de los Estados Unidos (Massachussets, Nueva York, etc)?

\_\_\_\_\_ (Meses)

2b. En el pasado (1) ano, cuantos meses ha vivido Ud en Puerto Rico, el sur de los Estados Unidos, u otra area de clima similar?

\_\_\_\_\_ (Meses)

3. Durante el verano, en promedio Cuantas horas a la semana pasa Ud afuera (NO incluya el tiempo que pasa dentro de vehiculos / carros / autobuses

\_\_\_\_\_ (Horas por dia (Si No Sabe, marque 98))

O

\_\_\_\_\_ (Horas por semana)

4. Durante el verano, cuando Ud esta afuera, Que partes de su piel son expuestas al sol usualmente?

 cara solamente cara y manos cara, manos, y brazos cara, manos, brazos y piernas No Aplica

4b. Cuando Ud sale, Usualmente usa crema de proteccion solar ("sunscreen" / SPF)?

 No Si No Sabe No Aplica

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---



# Wh Historial De Trabajo

---



---

## (WH) HISTORIAL DE TRABAJO E INGRESO

Instrucciones: Las siguientes preguntas seran con respecto a su historial de trabajo e ingreso.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

1. Desde su ultima entrevista, ha hecho Ud. en alguna ocasion trabajo por paga por mas de tres meses?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 7))

2. Esta Ud. trabajando actualmente?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 6))

3. En que trabaja Ud. actualmente? Tipo de Empleo/Trabajo

\_\_\_\_\_

4. Cuantas horas trabaja Ud. por semana?

\_\_\_\_\_

5. Para cuando tiene Ud. planeado retirarse?

\_\_\_\_\_  
 (Year (Enter 9998 if dk) (Answer and skip to #7))

6. Por que dejo Ud. de trabajar? (PROBE: Debido a su salud?)

\_\_\_\_\_

7. Quien maneja el dinero en su hogar?

- Ud. mismo(a)/Sujeto  
 Esposo(a)  
 Hijo/Hijastro  
 Hija/Hijastra  
 Hermano/Cunado  
 Hermana/Cunada  
 Nieto  
 Nieta  
 Otro  
 Ambos Sujeto y Esposo(a)

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Fss Escala De Seguridad Alimentaria

---



---

## (FSS) ESCALA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y HAMBRE DEL USDA

Instrucciones: Estas preguntas son acerca de la comida consumida en su hogar durante los últimos 12 meses y si Ud. tenía el dinero necesario para comprar lo que necesitaba. Pensemos desde [corriente mes] del año pasado, hasta la fecha de hoy.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

---



---

### A. SCREENER

1. Cual de las siguientes oraciones describe mejor la situación de comida en su casa en los últimos doce meses?

- Siempre como (comemos) lo suficiente y los tipos de alimentos que deseo (deseamos) (GO TO SECTION B.)  
 Como (comemos) lo suficiente pero no siempre lo que deseo (deseamos) (GO TO 1b)  
 A veces no como (comemos) lo suficiente (GO TO 1a)  
 Frecuentemente no como (comemos) lo suficiente (GO TO 1a)  
 No sabe (GO TO SECTION B.)  
 Rehusa (GO TO SECTION B.)  
 ((If one person in household use 'I' in parenthesis, otherwise, use 'We.'))

1A. Aqui hay algunas razones por las cuales personas no comen lo suficiente. Para cada una de ellas, dígame si esta es una de las razones por las cuales usted no come lo suficiente.

1. No tengo suficiente dinero para comida

- No  
 Si  
 No Sabe

2. No tengo suficiente tiempo para ir al supermercado o para cocinar

- No  
 Si  
 No Sabe

3. Se me hace difícil ir al supermercado

- No  
 Si  
 No Sabe

4. Estoy a dieta

- No  
 Si  
 No Sabe

5. No tengo una estufa que funcione

- No  
 Si  
 No Sabe

6. No puedo cocinar o comer debido a problemas de salud

- No  
 Si  
 No Sabe

7. Other

1B. Aqui hay algunas razones por las cuales algunas personas no consumen siempre el tipo de comida que quieren o necesitan. Para cada una de ellas, por favor dígame si esta es una de las razones por las cuales Ud. no consume los tipos de comida que quiere o necesita.

1. No tengo suficiente dinero para comida  No  
 Si  
 No Sabe
2. Los tipos de comida que me(nos) gusta(n) no estan disponibles  No  
 Si  
 No Sabe
3. No tengo suficiente tiempo para ir al supermercado o cocinar  No  
 Si  
 No Sabe
4. Se me hace dificil ir al supermercado  No  
 Si  
 No Sabe
5. Estoy en una dieta especial  No  
 Si  
 No Sabe
6. Otro \_\_\_\_\_

## B. FOOD SECURITY SCALE

Instrucciones: Ahora voy a leer una serie de comentarios que gente ha hecho con respecto a posibles situaciones de comida en un hogar. Para cada respuesta, favor de indicarme si lo mismo ha ocurrido en su casa frecuentemente, a veces, o nunca en los ultimos 12 meses, es decir desde del ano pasado hasta la fecha de hoy.

1. Me preocupe/Nos preocupamos que la comida se podia acabar antes de tener dinero para comprar mas  Frecuentemente (see below)  
 A veces (see below)  
 Nunca  
 No sabe  
 Rehusa
2. La comida que compre/compramos no duro mucho y no habia dinero para comprar mas.  Frecuentemente (see below)  
 A veces (see below)  
 Nunca  
 No sabe  
 Rehusa
3. Yo no tenia/Nosotros no teniamos lo suficiente para comer una comida balanceada (nutritiva).  Frecuentemente (see below)  
 A veces (see below)  
 Nunca  
 No sabe  
 Rehusa

### 1st-level screen:

proceed with Stage 2 below if Subject answers EITHER (1. Frecuentemente or 2. A veces) to (question #1, 2 or 3) above OR (3. or 4.) to (question #1) in previous page, otherwise STOP HERE and GO TO NEXT SECTION

4. En los ultimos 12 meses, desde el ultimo (nombre del mes presente), Ud. o algun miembro de su familia comio menos o dejo de comer por que no habia suficiente dinero para la comida?  No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 5))
- 4a. Con que frecuencia sucedio esto?  Casi cada mes  
 Algunos Meses  
 Solo en uno o dos meses  
 ((READ ANSWER OPTIONS))

5. En los ultimos 12 meses, Comio usted menos de lo que pensaba que debia de comer por que no hubo suficiente dinero para comida?  No  
 Si
6. En los ultimos 12 meses, Alguna vez tuvo hambre pero no comio por que no tuvo suficiente dinero para comprar comida?  No  
 Si
7. En los ultimos 12 meses, Perdio usted peso por que no tuvo suficiente dinero para comprar comida?  No  
 Si

---

---

**2nd-level screen:**

Proceed with Stage 3 below if Subject answer (1. Yes) to (question #5, 6 OR 7) above. Otherwise STOP HERE and GO TO NEXT SECTION

8. En los ultimos 12 meses, Ud. o algun otro adulto de su familia no comio durante todo el dia por que no hubo suficiente dinero para comprar comida? E  No  
 Si  
(Si NO, pase a la seccion )
- 8a. Con que frecuencia sucedio esto?  Casi cada mes  
 Algunos Meses  
 Solo en uno o dos meses  
(READ ANSWER OPTIONS)

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**  

---

# Hc Composicion Del Hogar

---

---

## (HC) COMPOSICION DEL HOGAR

CO-INFORMANT

 No Si

Instrucciones: A continuacion le voy a hacer unas preguntas sobre la formacion de su hogar.

1. Cuantas personas viven aqui, incluyendole a Ud. mismo(a)?

---

Cuantas personas entre las edades de 0-5 anos viven en este lugar, incluyendose usted?

---

Cuantas personas entre las edades de 6-12 anos viven en este lugar, incluyendose usted?

---

2. Quienes son los miembros de su hogar?

---

---

## SUJETO (MIEMBRO DE LA CASA 1)

Edad:

---

Sexo:

 Male Female

---

---

## MIEMBRO DE LA CASA 2

Relacion:

---

Edad:

---

Sexo:

 Female Male

---

---

## MIEMBRO DE LA CASA 3

Relacion:

---

Edad:

---

Sexo:

 Female Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 4**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 5**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 6**

Relacion: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 7**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 7**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBRO DE LA CASA 8**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

---

---

**MIEMBROS DE LA CASA 10**

Relacion:

- Ud. mismo(a)/Sujeto
- Esposo(a)
- Hijo/Hijastro
- Hija/Hijastra
- Hermano/Cunado
- Hermana/Cunada
- Nieto
- Nieta
- Otro

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Female
- Male

**MIEMBROS DE LA CASA 11**

Relacion

- Ud. mismo(a)/Sujeto  
 Esposo(a)  
 Hijo/Hijastro  
 Hija/Hijastra  
 Hermano/Cunado  
 Hermana/Cunada  
 Nieto  
 Nieta  
 Otro

Edad

\_\_\_\_\_

Sexo

- Female  
 Male

**MIEMBRO DE LA CASA 12**

Relacion

- Ud. mismo(a)/Sujeto  
 Esposo(a)  
 Hijo/Hijastro  
 Hija/Hijastra  
 Hermano/Cunado  
 Hermana/Cunada  
 Nieto  
 Nieta  
 Otro

Edad

\_\_\_\_\_

Sexo

- Female  
 Male

**HOUSEHOLD MIEMBROS:**

3. Además de Ud. Hay alguien más que renta o es dueña(o) de esta casa (o apartamento)?

- No  
 Si

a. Quien es esta persona?

- MIEMBRO DE LA CASA 1  
 MIEMBRO DE LA CASA 2  
 MIEMBRO DE LA CASA 3  
 MIEMBRO DE LA CASA 4  
 MIEMBRO DE LA CASA 5  
 MIEMBRO DE LA CASA 6  
 MIEMBRO DE LA CASA 7  
 MIEMBRO DE LA CASA 8  
 MIEMBRO DE LA CASA 9  
 MIEMBRO DE LA CASA 10  
 MIEMBRO DE LA CASA 11  
 MIEMBRO DE LA CASA 12  
 (( if Subject is HH head, select HOUSEHOLD MEMBER  
 1



b. Cual es el grado escolar mas alto que \_\_\_\_\_(HH head) completo ?

- No ha completado ningun grado escolar
- Kindergarten - 4to. grado de primaria
- 5to. - 6to. grado
- 7o. - 8o. grado
- 9o. grado
- 10o. grado
- 7. 11o. grado
- 12o. grado
- Graduado de secundaria; diploma de bachiller, GED, o su equivalente
- Algo de universidad pero menos de un ano
- Un (1) ano de universidad o mas sin completar algun titulo
- Grado/titulo de Asociado como un AA o AS
- Titulo universitario/licenciatura universitaria como un BA, BS o AB
- Masters (ej., MS, MA, MEng, MBA)
- Titulo profesional (ej.,MD, JD, DDS)
- Doctorado (ej., PhD, EdD)
- Rehusa contestar
- No recuerda
- No sabe  
((Para otros miembro))

4. El hogar donde usted vive es

- Propio o usted/alguien en el hogar lo esta comprando
- Rentado
- Ocupado sin hacer pago de dinero o renta
- Otro

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Por cuantos anos ha estado Ud. viviendo aqui en esta casa o apartamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por cuantos meses ha estado Ud. viviendo aqui en esta casa o apartamento?

7. ESTADO CIVIL: Cual de las siguientes categorias mejor describe su estado civil actual?

- Casado(a)/viviendo como casado(a)
- esposo(a) que vive en el hogar
- Esposo(a) que no vive en el hogar
- Divorciado(a)/separado(a)
- Enviudado(a)
- Nunca se ha casado  
((READ ALL CATEGORIES))

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# Hi Household Income

---



---

## (HI) HOUSEHOLD INCOME

Instrucciones: A continuacion quisiera que Ud. me diga que personas contribuyen a los ingresos requeridos para el mantenimiento de su hogar (Relacion al Sujeto), en que manera estas personas contribuyen (Fuente de Ingreso y Cantidad), y con que frecuencia (a Frecuenciaa). Usted no tiene ninguna obligacion de compartir esta informacion, pero le recuerdo que la informacion que usted me proporcione es completamente confidencial.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

---



---

### Sujeto/ Ud. Mismo:

Source of Income:

- Employment  
 TANF  
 SSI  
 SSDI  
 Child Support  
 Pension  
 Retirement  
 Food Stamps (ATDP)  
 Other1  
 Other2  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Cantidad (Employment)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe)

Frecuencia (Employment)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (TANF)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (TANF)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSI)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSDI)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSDI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Child Support)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Child Support)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Pension)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Pension)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Retirement)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Retirement)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Food Stamps - ATDP)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Food Stamps - ATDP)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 1, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 2, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

**Sujeto 1:**

Relationship to Subject

\_\_\_\_\_  
((Use Codes from previous page) )

Source of Income

- Employment  
 TANF  
 SSI  
 SSDI  
 Child Support  
 Pension  
 Retirement  
 Food Stamps (ATDP)  
 Other1  
 Other2  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Cantidad (Employment)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Employment)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (TANF)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (TANF)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSI)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSDI)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSDI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Child Support)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Child Support)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Pension)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Pension)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Retirement)

---

 (Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Retirement)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Food Stamps - ATDP)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Food Stamps - ATDP)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 1, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 2, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

**Sujeto 2:**

Relationship to Subject

\_\_\_\_\_  
((Use Codes from previous page) )

Source of Income

- Employment
  - TANF
  - SSI
  - SSDI
  - Child Support
  - Pension
  - Retirement
  - Food Stamps (ATDP)
  - Other1
  - Other2
- ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Cantidad (Employment)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Employment)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (TANF)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (TANF)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (SSI)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSI)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (SSDI)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSDI)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Child Support)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Child Support)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Pension)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Pension)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Retirement)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Retirement)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Food Stamps - ATDP)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Food Stamps - ATDP)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 1, especifique

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 2, especifique

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

**Sujeto 3:**

Relationship to Subject

\_\_\_\_\_  
(Use Codes from previous page )

Source of Income

- Employment  
 TANF  
 SSI  
 SSDI  
 Child Support  
 Pension  
 Retirement  
 Food Stamps (ATDP)  
 Other1  
 Other2  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Cantidad (Employment)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Employment)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (TANF)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (TANF)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSI)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (SSDI)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (SSDI)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Child Support)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Child Support)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Pension)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Pension)

- Semanal  
 Cada dos semanas  
 Mensual  
 Anual

Cantidad (Retirement)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Retirement)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Cantidad (Food Stamps - ATDP)

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia (Food Stamps - ATDP)

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 1, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

Otro 2, especifique:

\_\_\_\_\_

Cantidad:

\_\_\_\_\_  
(Codigos: -997 Rehusa -998 No Sabe )

Frecuencia:

- Semanal
- Cada dos semanas
- Mensual
- Anual

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_



# Factores Sociodemograficos

---



---

## FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS, INDIVIDUAL-Riqueza

1. Usted o alguien que vive con usted es dueño de un carro, camion (pick up truck), o van?  No  
 Si
2. Hay un computador u otro aparato en el hogar que pueda ser utilizado para acceder el Internet?  No  
 Si, yo soy el/la dueño(a)  
 Si, alguien mas es el/la dueño(a)  
((Si NO, pase a la pregunta 3) )
- 2a. Que tan a menudo utiliza el internet?  Diariamente  
 Semanalmente  
 Mensualmente  
 Anualmente  
 Menos de una vez al ano/nunca
3. Es usted dueño(a) de un telefono celular?  No  
 Si  
((Si NO, pase a la pregunta 4))
- 3a. Que tan a menudo lo utiliza?  Diariamente  
 Semanalmente  
 Mensualmente  
 Anualmente  
 Menos de una vez al ano/nunca
4. En conjunto, cual es el valor actual de la totalidad de sus ahorros, activos (cualquier objeto de valor que posea como dinero, inversiones, etc), y propiedades (incluyendo su hogar)?  Menos de \$500  
 \$500 - \$4,999  
 \$5,000 - \$9,999  
 \$10,000 - \$24,999  
 \$25,000 - \$49,999  
 \$50,000 - \$99,999  
 \$100,000 - \$199,999  
 \$200,000 - \$299,999  
 \$300,000 - \$499,999  
 \$500,000 o mas  
 Rehusa  
 No Sabe
5. Si usted o alguien mas viviendo con usted fuera a perder su fuente de ingreso actual (su salario o cheque, asistencia publica, u otra fuente de ingreso), por cuanto tiempo podria usted continuar viviendo en su direccion y nivel de vida actual?  Menos de 1 mes  
 1-2 meses  
 3-6 meses  
 7-12 meses  
 Mas de un ano

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

---

# Ant Seccion Antropometrica

---



---

## (ANT) SECCION ANTROPOMETRICA

Instrucciones: Ahora voy a tomar algunas medidas incluyendo su peso, estatura y la circunferencia de su cintura.

1. Durante los ultimos 6 meses, ha bajado o subido Ud. de peso?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 ((Si NO o No Sabe, pase a la pregunta 5))

2a. Cuantas libras ha bajado o subido?

\_\_\_\_\_

(lbs)

2b.

- Bajo (Lost)  
 Subio (Gained)

3. Fue intencional esta perdida/ganancia de peso?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 ((Si SI, pase a la pregunta 5))

4. En su opinion, porque subio o bajo de peso?

\_\_\_\_\_

5a. Peso (Weight): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

(lbs)

5b. Peso (Weight): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

(lbs)

6a. Standing Height (cm): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

6b. Estatura; Sujeto parado (Standing Height): 997 - not performed for safety reasons 998 - subject refused measurement 999 - unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

7. Postura (Posture): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

- Straight  
 Slightly stooped - (between straight and 45'O angle)  
 Very stooped - (45'O angle)

8a. Altura de la rodilla (Knee height): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

8b. Altura de la rodilla (Knee height): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

9a. Cintura: Medida al nivel del ombligo (Waist: Measurement at point of bellybutton): 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

9b. Cintura: Medida al nivel del ombligo (Waist: Measurement at point of bellybutton) 997 - Not performed for safety reasons 998 - Subject refused measurement 999 - Unable to obtain measurement

\_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Ppt Exámenes De Funcion Fisica

---



---

## (PPT) EXAMENES DE FUNCION FISICA

### 1. Medidas de Fuerza de la Mano

Instrucciones: Para medir la fuerza de sus manos, por favor pongase de pie y apriete este aparato, una mano a la vez, tan fuerte como pueda. Vamos a hacer esto 3 veces con cada mano. Si Ud. ha tenido cirugia reciente del brazo o de la mano, no haremos esta prueba. [If Subject refuses to do the test, please put 99.9 in the corresponding cells (Questions B thru D). If Subject cannot do it, or starts to feel pain or discomfort during the test, please put 0 in the corresponding cells]

Graduacion: INTERVIEWER: set the dynamometer to the size of the hand of the Subject and record that size here.

---

Medidas:

Trial 1: a. Mano Derecha (Fuerza en Kg)

---

b. Mano Izquierda (Fuerza en Kg)

---

Trial 2: a. Mano Derecha (Fuerza en Kg)

---

b. Mano Izquierda (Fuerza en Kg)

---

Trial 3: a. Mano Derecha ( Fuerza en Kg)

---

b. Mano Izquierda ( Fuerza en Kg)

---

### 2. Zapatear Circulos

Instrucciones: Para observar la coordinacion entre su pie y su ojo, ponga su pie aqui entre los circulos de esta alfombra. Quiero que toque los circulos on la bola de su pie, alternando, diez veces tan rapido como pueda. Comenzaremos con el pie derecho, y luego lo haremos con el pie izquierdo.

Numero de Pisadas Pie Derecho

---

-96. Unable to do (ex. Chair bound) -97. Refused  
 -98. Not performed, safety reasons -99. Not done due to equipment problem (ex. Interviewer did not have mat)

Numero de Pisadas Pie Izquierdo

---

-96. Unable to do (ex. Chair bound) -97. Refused -98. Not performed, safety reasons -99. Not done due to equipment problem (ex. Interviewer did not have mat)

Tiempo de las Pisadas del Pie Derecho (30 segundos Maximo):

---

(Sec)

Tiempo de las Pisadas del Pie Izquierdo (30 segundos)

---

(Sec)

Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o Rehusa o no se realizo la prueba, indique porque:

---

### 3. Levantarse 5 Veces de una Silla

Instrucciones: Este ejercicio es para medir la fuerza en sus piernas. Empezando sentado(a) en la silla, por favor pongase de pie y sientese 5 veces seguidas, tan rapido como pueda hacerlo, sin usar sus brazos para ayudarse.

a. Altura de la silla (Chair Height: From floor to lowest point of chair)

---

(cm)

b. Levantarse de una silla (Chair stands) Instrucciones: Debe estar sentado(a) y levantarse de la silla 5 veces tan rapido como usted pueda sin usar sus brazos para ayudarse. -96. Unable to do (ex. Chair bound) -97. Refused -98. Not performed, safety reasons -99. Not done due to equipment problem (ex. No suitable chair)

---

(# completadas  
)

Entrevistador: Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa o no se realizo la prueba, indique porque:

---

Tiempo (Time: If five stands done successfully)

---

(Sec)

### 4. Postura en Semi-Equilibrio

Instrucciones: Para evaluar su balance, quiero que Ud. se ponga de pie, con el talon de un pie tocando el dedo gordo del otro pie, y que mantenga esta posicion por diez segundos. Puede usar sus brazos, doblar las rodillas, o moverse para mantener el balance, pero trate de no mover sus pies. Use el pie con el cual se siente mas comodo(a).

Tiempo: maximo 10 segundos (Time: 10 seconds maximum)

Instrucciones: Trate de mantener esta posicion hasta que yo le diga alto. -96. Unable to do -97. Refused -98. Not performed, safety reasons 0. Walking aid needed to perform test

---

(sec. (maximum 10 sec.) (If coded as 0, or -96, -98, skip tests 4, 5, 6)

(If coded as 0, or -96 ~ -98, skip tests 4 and 5))

Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa, indique porque:

---

a. Movimientos compensatorios: Moves arms

No  
 Si

b. Movimientos compensatorios: Trunk swaying

No  
 Si

5. Postura en Equilibrio - Ojos Abiertos Instrucciones: Otra vez, para evaluar su balance con los ojos abiertos, quiero que Ud. se ponga de pie con el talon de un pie delante del otro pie. Use el pie con el cual se siente mas comodo

Tiempo: Instrucciones: Trate de mantener esta posicion hasta que yo le diga alto. -96. Unable to do -97. Refused -98. Not performed, safety reasons

---

(sec. (maximum 10 sec.)

(If coded as 0, or -96 ~ -98, skip tests 4 and 5))

ENTREVISTADOR: Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa, indique porque:

---

a. Movimientos compensatorios (a) Moves arms (Compensatory movements)

No  
 Si

b. Movimientos Compensatorios (b) Trunk swaying  
(Compensatory movements)

- No  
 Si

## 6. CAMINATA DE DIEZ PIES

Instrucciones: En este ejercicio, yo voy a observar como usted camina normalmente. Por favor camine pasado el final del curso y de la vuelta y regrese caminando al punto de salida.

a. Caminata de 10 Pies

- Subject is able to do this test  
 Unable to do, holds on to object (ex. Wall or chair, NOT walking aid)  
 Unable to do (ex. Chair bound)  
 Refused  
 Not performed, safety reasons  
 Equipment problem/no 10 foot walk area  
(If coded as -95 ~ -99, GO to NEXT SECTION)

ENTREVISTADOR: Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa o no se realizo la prueba o hay problemas de equipo, indique porque:

\_\_\_\_\_

b. Inestable al caminar

- No  
 Si

c. Aditamento para caminar

- No  
 Si  
 NA

Instrucciones: Ahora, quisiera que repita lo mismo otra vez. Solamente camine a su paso usual.

d. Tiempo 1:

\_\_\_\_\_ (sec (If coded as -95 ~ -99, GO to NEXT SECTION))

-95 Unable to do, holds on to object (ex. Wall or chair NOT walking aid)

-97. Refused

-98. Not performed, safety reasons

ENTREVISTADOR: Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa o no se realizo la prueba, indique porque:

\_\_\_\_\_

Instrucciones: Ahora quisiera que camine de ida y vuelta lo mas rapido y segun usted se sienta seguro(a) y comodo(a).

e. Tiempo2:

\_\_\_\_\_ (sec (If coded as -95 ~ -99, GO to NEXT SECTION))

-95 Unable to do, holds on to object (ex. Wall or chair NOT walking aid)

-97. Refused

-98. Not performed, safety reasons

ENTREVISTADOR: Si el Sujeto es incapaz de hacerlo o rehusa o no se realizo la prueba, indique porque:

\_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: Anote las observaciones del lugar de la caminata de 10 pies.

g. Tipo de superficie

- Sin alfombra  
 Alfombra baja  
 Otro

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Act Actividad Fisica

## (ACT) ACTIVIDAD FISICA

Instrucciones: Ahora me gustaria preguntar sobre las diferentes actividades que conforman un dia tipico en su vida.

CO-INFORMANT:

- No  
 Si

La semana pasada, en un DIA NORMAL ENTRE SEMANA (despues hablaremos de los fines de semana), cuanto tiempo paso ud

## DURMIENDO O RECOSTADO(A) EN LA CAMA (sin necesariamente estar dormido(a), incluyendo tiempo de dormir, tomar siestas o estar reclinado(a)). (ASK EACH SEPARATELY, THEN SUM)

1a. Weekday:

\_\_\_\_\_  
 (Horas por dia un dia entre semana:)

1b. Weekend:

\_\_\_\_\_  
 (Horas por dia un dia de fin de semana )

Para las preguntas 1-5 abajo, por favor reporte donde la actividad es llevada acabo (marque todas las que apliquen).

- Hogar, adentro  
 Hogar, afuera (Ej: patio, yarda o jardin)  
 Otro  
 Rehusa  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

## PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES PESADAS: (caminando rapido, excavando surcos en el jardin, participando en deportes que requieren mucho esfuerzo, corriendo o trotando, nadando sin interrupcion, cortando lena, haciendo trabajos pesados de carpinteria, corriendo en bicicleta en terreno inclinado etc.)

2a. Weekday:

\_\_\_\_\_  
 (Horas por dia un dia entre semana:)

2b. Weekend:

\_\_\_\_\_  
 (Horas por dia un dia de fin de semana )

Para las preguntas 1-5 abajo, por favor reporte donde la actividad es llevada acabo (marque todas las que apliquen).

- Hogar, adentro  
 Hogar, afuera (Ej: patio, yarda o jardin)  
 En el trabajo, adentro  
 En el trabajo, afuera  
 Gimnasio o centro comunitario  
 Afuera en la calle  
 Afuera en el parque o pista  
 Otro  
 Rehusa  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

\_\_\_\_\_



---

**PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES MODERADAS: (haciendo trabajos algo pesados de limpieza en el hogar, participando en deportes que no requieren tanto esfuerzo, caminando normalmente, bailando, haciendo trabajos de jardineria, pintando con brocha gorda, haciendo reparaciones menores, haciendo trabajos ligeros de carpinteria, manejando bicicleta en terreno plano, etc.)**

3a. Weekday:

---

 (Horas por día un día entre semana:)

3b. Weekend:

---

 (Horas por día un día de fin de semana )

Para las preguntas 1-5 abajo, por favor reporte donde la actividad es llevada acabo (marque todas las que apliquen).

- Hogar, adentro  
 Hogar, afuera (Ej: patio, yarda o jardin)  
 En el trabajo, adentro  
 En el trabajo, afuera  
 Gimnasio o centro comunitario  
 Afuera en la calle  
 Afuera en el parque o pista  
 Otro (especifique)  
 Rehusa  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

---

**PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES LIVIANAS: (haciendo trabajo de oficina, haciendo trabajos ligeros en el hogar, manejando un carro, paseandose, ocupandose de su aseo personal, manteniendose de pie pero sin moverse para arriba y para abajo, etc.)**

4a. Weekday:

---

 (Horas por día un día entre semana:)

4b. Weekend:

---

 (Horas por día un día de fin de semana )

Para las preguntas 1-5 abajo, por favor reporte donde la actividad es llevada acabo (marque todas las que apliquen).

- Hogar, adentro  
 Hogar, afuera (Ej: patio, yarda o jardin)  
 En el trabajo, adentro  
 En el trabajo, afuera  
 Gimnasio o centro comunitario  
 Afuera en la calle  
 Afuera en el parque o pista  
 Otro (especifique)  
 Rehusa  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

---

**PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN HACER MIENTRAS UNO ESTA SENTADO(A): comer, leer, mirar television, escuchar la radio, etc.**

5a. Weekday:

---

 (Horas por día un día entre semana:)

5b. Weekend:

---

 (Horas por día un día de fin de semana )

Para las preguntas 1-5 abajo, por favor reporte donde la actividad es llevada acabo (marque todas las que apliquen).

- Hogar, adentro  
 Hogar, afuera (Ej: patio, yarda o jardin)  
 En el trabajo, adentro  
 En el trabajo, afuera  
 Gimnasio o centro comunitario  
 Afuera en la calle  
 Afuera en el parque o pista  
 Otro (especifique)  
 Rehusa  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique \_\_\_\_\_

## TOTAL HOURS

NOTA: el total de cada columna debe de sumar 24 horas

TOTAL WEEKDAY:

\_\_\_\_\_  
(Horas por dia un dia entre semana:)

TOTAL WEEKEND:

\_\_\_\_\_  
(Horas por dia un dia de fin de semana )

6. Como que tan lejos de su hogar queda el lugar que usted usa mas a menudo para hacer ejercicio?

- Media milla o menos (caminata de 10 min o menos, o caminata 6 cuadras o menos)  
 Mas de media milla pero menos de 1 milla (caminata de mas de 10 min pero menos de 20min, o caminata de mas de 6 cuadras pero menos de 12 cuadras)  
 Mas de una milla pero menos de 5 millas (caminata de mas 20 min pero menos de 1 hora y 40 min , o 5 minutos en carro)  
 5-10 millas (caminata de mas de 1 hora y 40 min pero menos de 3 horas y 20 min, o 10 minutos o menos en carro)  
 Mas de 10 millas (caminata de mas de 1 hora y 40 min pero menos de 3 horas y 20 min, o 10 minutos o mas en carro)  
 0 Millas: ejercicios de los participantes en su su / propia casa o edificio  
 No Sabe  
 NA

7. Podria decirse que la semana pasada Ud. estuvo menos activo(a) que de costumbre, mas activo(a), o igual de activo(a) que de costumbre?

- Menos activo(a)  
 Mas activo(a) que de costumbre  
 Igual de activo (a) que de costumbre

8. Cuantos pisos de escalera sube Ud. al dia?

\_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR: Por favor lea la pregunta como se indica y responda solo una de las siguientes opciones (cuadras o minutos ) segun lo que responda la persona

9. Cuantas cuadras/bloques, camina Ud. cada dia?

\_\_\_\_\_  
(Cuadras (blocks))

O cuantos minutos camina Ud. cada dia?

\_\_\_\_\_  
(Minutos)

10. Cuanto tiempo pasa Ud. mirando television cada dia?

\_\_\_\_\_  
(Horas)

11. Cual es su paso usual al caminar? (Por favor elija solamente una respuesta)

- Casual o como dando un paseo (menos de 2 mph, mas o menos 24 bloques en una hora)
- Promedio o normal (de 2 a 3 mph, de 24-36 blq en una hora)
- Algo energetico (de 3 a 4 mph, de 36-48 blq en una hora)
- Bastante energetico o dando pasos rapidos y grandes (4 mph o mas rapido, mas de 48 blq en una hora)
- Incapaz de ejecutar la acitividad (ex. Silla de ruedas)

CALCULATIONS: (blocks/day X 7days/wk X 8 kcal/block) + (flights of stairs/d X 7d/wk X 4 kcal/flight) (activity MET intensity X occasions/wk X duration(min)/occasion) AX (wk/yr A X 52 wk/yr)

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Etp Exposicion A La Polucion

## (ETP) EXPOSICION A LA POLUCION

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al tiempo que usted pasa afuera en areas con trafico pesado ya sea en carros, autobuses o camiones, y polucion del trafico.

1. Exposicion a calles ocupadas/con trafico pesado '

Que tan a menudo pasa usted por lo menos 10 minutos

afuera, a 2 cuadras de una calle ocupada/con trafico

pesado? [EJEMPLOS DE CALLES OCUPADAS INCLUYE

MASSACHUSETTS AVENUE, DORCHESTER AVENUE, COLUMBIAN

ROAD, BROADWAY, TREMONT STREET, JAMAICAWAY, STORRONS

DRIVE, RUTA 1, RUTA 93.]

Menos de 1 vez a la semana

1-6 veces a la semana

7-14 veces a la semana

15 veces o mas a la semana

No Sabe

Rehusa

2. Ventanas Cuando usted esta en casa en Massachussets, que tan a menudo abre usted sus ventanas un poco o mas durante las siguientes estaciones del ano?

a. Verano (junio-agosto)

Nunca

Menos de 2 dias a la semana

2-5 dias a la semana

6-7 dias a la semana

No Sabe

Rehusa

b. Otono (septiembre-noviembre)

Nunca

Menos de 2 dias a la semana

2-5 dias a la semana

6-7 dias a la semana

No Sabe

Rehusa

c. Invierno (diciembre-febrero)

Nunca

Menos de 2 dias a la semana

2-5 dias a la semana

6-7 dias a la semana

No Sabe

Rehusa

d. Primavera (marzo-mayo)

Nunca

Menos de 2 dias a la semana

2-5 dias a la semana

6-7 dias a la semana

No Sabe

Rehusa

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Adl Actividades Diarias

## (ADL) ESTATUS FUNCIONAL DE ACTIVIDADES DIARIAS

Instrucciones: Ahora le voy a leer una lista de actividades que por varias razones 'ya sean de salud o impedimento fisicoa' presentan dificultades para algunas personas. Por favor digame si cuando intenta llevar a cabo estas actividades por si mismo(a), y sin la ayuda de algun equipo especializado, Ud. lo hace: [LEER CATEGORIAS].

CO-INFORMANT

No

Si

1. Caminar por un cuarto de milla (2 o 3 bloques/manzanas)?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

2. Subir 10 escalones de corrido, sin pararse a descansar?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

3. Salir afuera de su casa o apartamento?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

4. Caminar de un cuarto a otro en el mismo piso?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

5. Levantarse de la cama o de sillas?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

6. Comer, o sea, manipular un tenedor, cortar la comida, beber de un vaso?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

7. Vestirse por si mismo(a), incluyendo el amarrarse los zapatos, subir y bajar 'zippers' o cremalleras, abrir y cerrar botones?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

8. Banarse en tina o ducharse?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

9. Usar el inodoro, incluyendo llegar hasta el mismo por sus propios pies?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

10. Usar un abrelatas manual?

Sin dificultad

Con alguna dificultad

Con mucha dificultad

Imposible hacerlo

11. Abrir un paquete de alimentos congelados?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

12. Abrir un carton de leche o de jugo de china (naranja)?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

13. Por lo general, DENTRO de su casa, usa Ud. aparato alguno para apoyarse al caminar, como? (If YES, PROBE: Que usa Ud.?) most often?

- Ningun  
 Baston  
 Silla de ruedas  
 Muletas  
 Andador  
 Otro

Otro:

---

14. Por lo general, FUERA de su casa, usa Ud. aparato alguno para apoyarse al caminar, como? (If YES, PROBE: Que usa Ud.?) most often?

- Ningun  
 Baston  
 Silla de ruedas  
 Muletas  
 Andador

Otro:

---

15. Durante las pasadas 4 semanas, que tanto el dolor interrumpe su trabajo normal (incluyendo el trabajo fuera del hogar asi como el trabajo dentro del hogar)?

- Nada  
 Un poco  
 Moderadamente/una cantidad moderada  
 Bastante  
 Extremadamente/mucho

---



---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# IADL Actividades Instrumentales Diarias

---

---

## (IADL) ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DIARIAS

Instrucciones: En esta tarjeta aparecen respuestas específicas acerca de cuán difíciles se le pueden hacer ciertas actividades a algunas personas. Le voy a hacer preguntas acerca de ciertas actividades y le voy a pedir que me diga cuán difícil se le hace a Ud. el hacerlas por sí mismo(a), sin la ayuda de equipo especial. Por favor utilice las siguientes categorías para dar su respuesta: [LEER CATEGORIAS].

CO-INFORMANT

- No  
 Si

1. El hacer tareas de limpieza en la casa (como pasar la aspiradora de polvo, barrer, quitar polvo de los muebles, o recoger un poco el reguero)?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

2. Preparar sus propias comidas?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

3. Hacerse cargo de manejar su propio dinero (por ejemplo, manteniendo un registro de sus gastos y pagando sus cuentas)?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

4. El ir a comprar efectos para su uso personal (por ejemplo, productos para su aseo personal y medicamentos)?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

5. El ir a comprar alimentos?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

6. Usar el teléfono?

- Sin dificultad  
 Con alguna dificultad  
 Con mucha dificultad  
 Imposible hacerlo

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# At Ataque De Nervios

---

---

## (AT) ATAQUE DE NERVIOS

Instructions: Next I will ask about some

Alguna vez ha tenido Ud. un episodio o ataque de nervios en que se sintio totalmente fuera de control?

- No  
 Si  
((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

1. Grito mucho:

- No  
 Si

2. Tuvo ataques de llanto:

- No  
 Si

3. Rompio cosas o se torno agresivo(a):

- No  
 Si

4. Dio mucho coraje/rabia:

- No  
 Si

5. Le dio mucho miedo o susto:

- No  
 Si

6. Se puso historico(a):

- No  
 Si

7. Temblo mucho:

- No  
 Si

8. Se sintio raro(a) como si no fuera a usted quien le pasaba eso:

- No  
 Si

9. Tuvo un period de amnesia:

- No  
 Si

10. Le dieron mareos:

- No  
 Si

11. Se cayo al piso con convulsiones:

- No  
 Si

12. Le latio fuerte el corazon:

- No  
 Si

13. Sintio el pecho apretado o un calor en el pecho:

- No  
 Si

14. Se desmayo o se sintio a puntos de desmayarse:

- No  
 Si

15. Intento herirse o suicidarse:

- No  
 Si



---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Hhc Salud Y Servicios De Salud

---

---

## (HHC) SALUD Y SERVICIOS DE SALUD

Instrucciones: A continuacion hare una serie de preguntas con respecto a su salud y el cuidado medico que ha recibido desde su ultima entrevista.

### CO-INFORMANT

- |  |   |
|--|---|
|  | <input type="checkbox"/> No                     |
|  | <input type="checkbox"/> Si                     |
| 1. Podria decirse que, en general, desde su ultima entrevista su salud ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala?  | <input type="checkbox"/> Excelente              |
|  | <input type="checkbox"/> Muy Buena              |
|  | <input type="checkbox"/> Buena                  |
|  | <input type="checkbox"/> Regular                |
|  | <input type="checkbox"/> Mala                   |
| 2. Cuanto tiempo hace desde su visita o consulta medica mas reciente?  | <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes         |
|  | <input type="checkbox"/> 1 Mes/menos de 6 meses |
|  | <input type="checkbox"/> 6 Meses/menos de 1 ano |
|  | <input type="checkbox"/> 1 Ano/menos de 5 anos  |
|  | <input type="checkbox"/> 5 Anos o mas           |
|  | <input type="checkbox"/> No sabe                |
| 3. En los pasados 12 meses, que tan a menudo ha sido usted tratado(a) injustamente en esta oficina del doctor debido a su raza o pertenencia etnica?   | <input type="checkbox"/> Nunca                  |
|  | <input type="checkbox"/> A veces                |
|  | <input type="checkbox"/> Usualmente             |
|  | <input type="checkbox"/> Siempre                |
| 4. En los pasados 12 meses, que tan a menudo ha sido usted tratado(a) injustamente en esta oficina del doctor debido al tipo de seguro medico que usted tiene o porque usted no tiene seguro medico? | <input type="checkbox"/> Nunca                  |
|  | <input type="checkbox"/> A veces                |
|  | <input type="checkbox"/> Usualmente             |
|  | <input type="checkbox"/> Siempre                |
| 5. En los pasados 12 meses, que tan a menudo ha sido usted tratado(a) injustamente en esta oficina del doctor porque usted no habla ingles muy bien?   | <input type="checkbox"/> Nunca                  |
|  | <input type="checkbox"/> A veces                |
|  | <input type="checkbox"/> Usualmente             |
|  | <input type="checkbox"/> Siempre                |

---

---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

---

# Ins Seguro Medico

---

---

## (INS) SEGURO MEDICO

Instrucciones: En esta siguiente seccion, hare preguntas sobre su seguro medico.

CO-INFORMANTE

No

Si

1. Actualmente tiene usted seguro medico?

No

Si

2. Es el costo del cuidado medico un obstaculo (o problema) para que Ud. busque cuidado medico (cuando lo necesita)?

No

Si

3. El costo del cuidado medico le atrasa o impide seguir las recomendaciones de su doctor?

No

Si

# Partic En Otros Estudios

---

---

## PARTICIPACION EN OTROS ESTUDIOS DE INVESTIGACION

### (PARTICIPATION IN OTHER RESEARCH STUDIES)

1. Desde su ultima entrevista, ha participado, o esta actualmente participando en cualquier otro estudio de investigacion?

- No
  - Si
- ((Si NO, pase a la seccion) )

2. En que tipo(s) de estudio(s) de investigacion ha estado involucrado(a)? (marque todas las que apliquen)

- Dieta
  - Ejercicio
  - Dormir
  - Estres
  - Medicamento
  - Otro
- ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

---

---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Code Conductas De Riesgo

---



---

## (CODE) CONDUCTAS DE RIESGO, ACCESO A SERVICIOS DE SALUD, LUGAR DE CUIDADO y HOGAR MEDICO

At minimum, the recommendation from the MMWG is to use the following 3 questions that have been proposed for use in CHIS 2011 [references include: 1) NS-CSHCN Pediatrics. 2004 May;113(5 Suppl):1529-37; 2) Bethell CD, Read D, Brockwood K. Using existing population-based data sets to measure the American Academy of Pediatrics definition of medical home for all. Pediatrics. 2004 May;113(5 Suppl):1529-37; 3) Sheares BJ, Du Y, Vazquez TL, Mellins RB, Evans D. Use of written treatment plans for asthma by specialist physicians. Pediatr Pulmonol. 2007 Apr;42(4):348-56.]:

1. Hay algun lugar donde usted usualmente va cuando esta enfermo(a) o necesita consultar con alguien sobre su salud?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 3))

2. Es una oficina de doctor, sala de emergencia, departamento de hospital, clinica, u otro lugar?

- Oficina del doctor  
 Sala de emergencia  
 Hospital, no internado  
 Clinica  
 Otro lugar  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro lugar, especifique \_\_\_\_\_

3. Tiene usted un medico personal o proveedor de salud que sea su proveedor/medico primario?

- No  
 Si

4. Que tan CIERTO o FALSO es cada uno de los siguientes comentarios para usted?

a. Parece que yo me enfermo un poco mas facilmente que otras personas.

- Es Cierto Siempre  
 Es Cierto la mayoría de las veces  
 No Sabe  
 Es Falso la mayoría de las veces  
 Es Falso Siempre

b. Mi salud es tan buena como cualquier otra persona que yo conozca.

- Es Cierto Siempre  
 Es Cierto la mayoría de las veces  
 No Sabe  
 Es Falso la mayoría de las veces  
 Es Falso Siempre

c. Es probable que mi salud empeore.

- Es Cierto Siempre  
 Es Cierto la mayoría de las veces  
 No Sabe  
 Es Falso la mayoría de las veces  
 Es Falso Siempre

d. Mi salud es excelente.

- Es Cierto Siempre  
 Es Cierto la mayoría de las veces  
 No Sabe  
 Es Falso la mayoría de las veces  
 Es Falso Siempre

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Med Diagnosticos Medicos

---



---

## (MED) DIAGNOSTICOS MEDICOS

Instrucciones: A continuacion hare una serie de preguntas con respecto a varios diagnosticos medicos que puede haber recibido desde SU ULTIMA ENTREVISTA. INTERVIEWER: Refierase al reporte de las respuestas de la primera entrevista y pregunte si cada diagnostico ha ocurrido DESDE NUESTRA ULTIMA ENTREVISTA EN \_\_\_\_\_.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

If participant reported DIABETES either at Baseline or at 2YR; please ask A-C ; and then continue with # 1.

A. A que edad fue diagnosticado de diabetes por primera vez? (Si no lo recuerda, de su mejor estimacion)

\_\_\_\_\_

B. Utiliza usted insulina para el tratamiento de su diabetes?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 1))

C. A que edad empezo usted a utilizar la insulina para el tratamiento de su diabetes? (Si no recuerda, de su mejor estimacion)

\_\_\_\_\_

En todo su vida un MEDICO le ha dicho que parece de alguna de las siguientes enfermedades/condiciones?

1. Diabetes?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 2))

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

- No  
 Si

Toma medicamento para esto?

- No  
 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

- No  
 Si

a. A que edad fue diagnosticado de diabetes por primera vez? (Si no lo recuerda, de su mejor estimacion)

\_\_\_\_\_

b. Utiliza usted insulina para el tratamiento de su diabetes?

- No  
 Si  
 ((Si NO, pase a la pregunta 2))

c. A que edad empezo usted a utilizar la insulina para el tratamiento de su diabetes? Si NO recuerda, de su mejor estimacion

\_\_\_\_\_

2. Presion alta/Hipertension?

- No  
 Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

- No  
 Si

Toma medicamento para esto?

- No  
 Si

- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
3. Sobrepeso/Obesidad?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
4. Artritis?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
5. Osteoporosis (fractura de la cadera)?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
6. Ataque al corazon?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
7. Enfermedad del corazon (que no sea ataque al corazon)?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
8. Accidente cerebrovascular (derrame)?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si



- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
9. Problemas respiratorios (Ej: enfisema, bronquitis cronica, asma)?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
10. Enfermedad del higado o de la vesicula?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 si
11. Enfermedad de los rinones?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
12. Problemas del estomago, ulceras estomacales, problemas en la evacuacion de los intestinos?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
13. Enfermedad de Parkinson?  No  
 Si
- Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  
 Si
- Toma medicamento para esto?  No  
 Si
- Esta condicion, le molesta actualmente?  No  
 Si
14. Cancer de la piel?  No  
 Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?  No  Si

15. Otro tipo de cancer?  No  Si

Tipo de Cancer: \_\_\_\_\_

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?  No  Si

16. Enfermedad de los ojos: Cataratas o Glaucoma?  No  Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?  No  Si

17. Ansiedad?  No  Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?  No  Si

18. Depresion?  No  Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?  No  Si

19. Ataques, convulsiones?  No  Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?  No  Si

Toma medicamento para esto?  No  Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

 No

 Si

20. Tuberculosis?

 No

 Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

 No

 Si

Toma medicamento para esto?

 No

 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

 No

 Si

21. Hepatitis? (Tipo A, B, o C)

 No

 Si

Tipo de Hepatitis:

 A

 B

 C

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

 No

 Si

Toma medicamento para esto?

 No

 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

 No

 Si

22. SIDA/VIH+ (positivo)

 No

 Si

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

 No

 Si

Toma medicamento para esto?

 No

 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

 No

 Si

23. Otro

 No

 Si

Otro

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

 No

 Si

Toma medicamento para esto?

 No

 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

 No

 Si

24. Otro

 No

 Si

Otro

Recibio ud este diagnostico medico despues de su ultima entrevista en \_\_\_\_\_?

 No

 Si

Toma medicamento para esto?

 No

 Si

Esta condicion, le molesta actualmente?

- No  
 Si

**Para MUJERES Solamente:**

1. Alguna vez ha tenido un mamograma?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la pregunta 3))

2. Cuando fue su ultimo mamograma?

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si No SABE entre 99))

O

\_\_\_\_\_  
 (ANO (Si No SABE entre 99))

3. Alguna vez ha tenido la prueba de Papanicolaou (pap smear)?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la pregunta 5))

4. Cuando fue su ultima prueba de Papanicolaou?

\_\_\_\_\_  
 (EDAD)

O

\_\_\_\_\_  
 (ANO)

5. Alguna vez ha tenido una colonoscopia

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

(una colonoscopia es una  
 examinacion interna del colon o intestino largo y del  
 recto, en la que se usa un instrumento llamado  
 colonoscopio)?

6. Cuando fue su ultima colonoscopia?

\_\_\_\_\_  
 (EDAD)

O

\_\_\_\_\_  
 (ANO)

**Para HOMBRES Solamente:**

1. Alguna vez ha tenido un examen de prostata?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la pregunta 3))

2. Cuando fue su ultimo examen de prostata?

\_\_\_\_\_  
 (EDAD)

O

\_\_\_\_\_  
 (ANO)

3. Alguna vez ha tenido una colonoscopia

- No
  - Si
- ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

(una colonoscopia es una  
examinacion interna del colon o intestino largo y del  
recto, en la que se usa un instrumento llamado  
colonoscopio)?

4. Cuando fue su ultima colonoscopia?

\_\_\_\_\_

(EDAD)

O

\_\_\_\_\_

(ANO)

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# RLS Síndrome De Piernas

---



---

## (RLS) SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al síndrome de piernas inquietas.

1. Tiene usted actualmente, o ha tenido, sensaciones recurrentes e incómodas o desagradables en sus piernas mientras está sentado(a) o acostado(a)?
  - No
  - Sí
  - ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))
  
2. Tiene usted actualmente, o ha tenido recurrente necesidad o urgencia de mover sus piernas mientras está sentado(a) o acostado(a)?
  - No
  - Sí
  - ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))
  
3. Es más común que usted sienta estas sensaciones mientras está descansando (sentado(a) o acostado(a)) o cuando usted está físicamente activo(a)?
  - Descansando
  - Activo(a)
  - ((Si ACTIVO(A), pase a la SIGUIENTE SECCION))
  
4. Si usted se levanta y se mueve cuando tiene estas sensaciones, estas sensaciones se mejoran mientras usted continúa moviéndose?
  - No
  - Sí
  - No Sabe
  - ((Si NO o NO SABE, pase a la SIGUIENTE SECCION))
  
5. Durante que horas del día es más común que estas sensaciones en sus piernas ocurran? Por favor circule una o más respuestas.
  - Mañana
  - Medio día
  - Tarde temprana, (antes de las 6 p.m.)
  - Tarde, (pasadas las 6 p.m.)
  - Noche
  - Casi igual a toda hora
  
6. ¿Que tan a menudo tiene usted estas sensaciones?
  - Menos de 1 vez al mes
  - 2-4 veces al mes
  - 2-3 veces a la semana
  - 4-5 veces a la semana
  - 6 veces o más a la semana
  
7. ¿El simplemente cambiar su pierna de posición una vez, sin continuar moviéndose, usualmente alivia estas sensaciones?
  - Usualmente mejora
  - Usualmente NO mejora
  - No Sabe
  
8. ¿Son estas sensaciones alguna vez debido a calambres (cramp) en el músculo?
  - No
  - Sí
  - No Sabe
  - ((Si SI, pase a la pregunta 8b))
  
- ¿Son estas sensaciones siempre debido a calambres?
  - No
  - Sí
  - No Sabe

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

---

# Preguntas Sobre Dormir

---



---

## PREGUNTAS SOBRE EL DORMIR SLEEP QUESTIONS

Instrucciones: Las siguientes preguntas exploran sus patrones de dormir :

1. Por favor indique el numero de horas total que Ud verdaderamente duerme tipicamente, en un period de 24 horas:

- 5 horas o menos
- 6 horas
- 7 horas
- 8 horas
- 9 horas
- 10 horas o mas

2. Que hora se va Ud usualmente a la cama?

- 
- a.m.
  - p.m.

3. Las siguientes preguntas exploran sus patrones de dormir.

Con que frecuencia tiene Ud dificultad para quedar dormido(a)?

- La Mayor Parte del Tiempo
- A Veces
- Casi Nunca o Nunca

Con que frecuencia tiene Ud problema con despertarse durante la noche?

- La Mayor Parte del Tiempo
- A Veces
- Casi Nunca o Nunca

Con que frecuencia tiene Ud problema con despertarse demasiado temprano en la manana y no poder volver a quedar dormido(a)?

- La Mayor Parte del Tiempo
- A Veces
- Casi Nunca o Nunca

Con que frecuencia se siente Ud tan sonoliento(a) (sleepy) durante el dia o la noche que necesita dormir siesta?

- La Mayor Parte del Tiempo
- A Veces
- Casi Nunca o Nunca

Con que frecuencia se siente Ud verdaderamente descansado(a) cuando se levanta por las mananas?

- La Mayor Parte del Tiempo
- A Veces
- Casi Nunca o Nunca

4. Ud ronca? (si tiene pareja or comparte el dormitorio con otra persona, por favor preguntele a el/ella)

- Todas las noches
- La mayoría de las noche
- Pocas noches a la semana
- Ocasionalmente
- Casi nunca

5. Respondio Ud la pregunta anterior sobre roncar despues de preguntarle a su pareja or companero(a) de dormitorio?

- No
- Si

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

---

# Fhx Historial De Enfermedad Personal

---

---

## HISTORIAL DE ENFERMEDAD PERSONAL Y DE FAMILIA

Instrucciones: Por favor indique si algun miembro de su familia relacionado a usted en primer grado (incluye a sus padres y hermanos(as)) alguna vez ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades

---

---

### 1. Diabetes

- a. Ha recibido su padre Biologico diognostico de diabetes?  No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre Biologica diognostico de diabetes?  No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de diabetes?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de diabetes?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA

---

---

### 2. Presion arterial alta/hipertension

- a. Ha recibido su padre biologico diagnostico de presion alta/hipertension?  No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre biologica diagnostico de presion alta/hipertension?  No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de Presion arterial alta/hipertension?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de Presion arterial alta/hipertension?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA



---

---

### 3. Sobrepeso/obesidad

- a. Ha recibido su padre biologico diagnostico de sobre peso o obesidad ?
- No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre biologica diagnostico de sobre peso o obesidad ?
- No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de Sobrepeso/obesidad?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de Sobrepeso/obesidad?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA

---

---

### 4. Ataque al corazon

- a. Ha recibido su padre biologico diagnostico de ataque al corazon?
- No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre biologica diagniostico de ataque al corazon?
- No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de Ataque del corazon?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de Ataque del corazon?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA

---

---

### 5. Enfermedad del corazon (que no sea ataque al corazon)

- a. Ha recibido su padre biologico diagnostico de enfermedad del corazon ( que no sea ataque del corazon)?
- No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre biologica diagnostico de enfermedad del corazon ( que no sea ataque del corazon)?
- No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de enfermedad del corazon (que sea ataque del corazon)?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de enfermedad del corazon (que sea ataque del corazon)?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA

---

---

**6. Derrame cerebral**

- a. Ha recibido su padre biologico diagnostico de derrame cerebral?  No  
 Si  
 No Sabe
- b. Ha recibido su madre biologica diagnostico de derrame cerebral?  No  
 Si  
 No Sabe
- c. Ha recibido su hermano (s) diognostico de derrame cerebral?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- d. Ha recibido su hermana (s) diognostico de derrame cerebral?  No  
 Si  
 No Sabe  
 NA

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**  

---

# Hcp Problemas Del Corazon

---



---

## (HCP) PROBLEMAS DEL CORAZON/LA CIRCULACION

Instrucciones: Por favor indique si usted alguna vez ha visto a un medico u otro proveedor de salud, o si ha sido hospitalizado, por alguna de las siguientes condiciones de salud.

Co-Informant

- No  
 Si

1. Dolor de pecho, angina (Angina de pecho: Dolor en el pecho causado porque no le llega suficiente sangre al pecho o al corazon), o angina pectoris.

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

2. Ataque al corazon (Ataque al corazon: Muerte del musculo cardiaco a traves del tiempo, causada por una obstruccion en una arteria principal o por un coagulo de sangre) o infarto de miocardio ('heart attack' o 'myocardial infraction, MI').

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

3. Fallo cardiaco o insuficiencia cardiaca congestiva (Insuficiencia cardiaca congestiva: El corazon no es capaz de bombear suficiente sangre a todas las partes del cuerpo) ('heart failure' o 'congestive heart failure, CHF').

- No  
 Si  
 No sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

4. Cateterizacion del corazon (Cateterismo cardiaco: Insertar un tubo en una parte del corazon, ya sea para investigar o solucionar problemas cardiacos).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

5. Cirugia de derivacion cardiaca ('heart bypass surgery' o cirugia de revascularizacion coronaria ('coronary bypass surgery' o 'coronary artery bypass graft, CABG') (Cirugia de bypass de la arteria coronaria (CABG): Esta operacion se hace para mejorar el suministro de sangre al corazon y al pecho, anadiendo arterias y venas adicionales a la arteria coronaria (arteria principal)).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
 (EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

6. Procedimientos para destapar vasos sanguineos estrechos que llevan la sangre a los musculos del corazon (incluye angioplastia coronaria, canula intraluminal de arteria coronaria o 'coronary stent') (Angioplastia coronaria transluminal percutanea (ACTP): Es un procedimiento que se hace para desbloquear la arteria coronaria y facilitar el flujo de sangre al resto del cuerpo. Se realiza insertando un tubo largo para evitar una cirugia a corazon abierto).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

---

(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

7. Prueba de tolerancia al ejercicio, prueba de esfuerzo ( stress test ) (Prueba de esfuerzo: Es una prueba que se realiza para saber si el corazon puede hacer su trabajo de forma efectiva. A menudo se realiza en una caminadora).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

---

(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

8. Derrame cerebral o accidente isquemico transitorio (mini-stroke, TIA); sintomas pueden incluir repentino debilitamiento muscular, adormecimiento de un lado del cuerpo, dificultad con el habla, y/o perdida de vision en uno o ambos ojos) (Accidente cerebrovascular (Stroke) AIT (Accidente isquemico transitorio): Es causado por un pequeno coagulo de sangre en la arteria carotida (una arteria principal), que puede quedar atrapado en una zona de su cerebro. Puede causar perdida de la sensibilidad del brazo, la cara o la pierna de un lado de su cuerpo y tambien afectar su manera de hablar).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

---

(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

9. Procedimiento para destapar vasos sanguineos estrechos en su cuello (angioplastia de carotida) (Procedimiento para desbloquear las arterias carotidas del cuello: Este procedimiento se hace para limpiar las arterias que llevan sangre al cerebro).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

---

(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

10. Mala circulacion de sangre o vasos sanguineos estrechos o tapados en las piernas o pies (claudicacion, enfermedad arterial periferica) (Claudicacion: 'Calambres en las piernas' Por lo general se produce con el ejercicio y casi siempre cuando se camina).

- No  
 Si  
 No Sabe

EDAD

---

(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

11. Amputacion debido a mala circulacion de la sangre (Amputacion por mala circulacion: Remover una extremidad porque no hay suficiente flujo ente flujo sanguineo lo que puede causar dano de los nervios o muerte de los musculos).

- No
- Si
- No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

12. Coagulo de sangre o embolismo en la pierna, Trombosis Venosa Profunda (Deep Vein Trombosis, DVT) o en el pulmon, Embolia Pulmonar (Pulmonary Embolus, PE) (Coagulos de sangre en pulmon o pierna: Obstruccion en las arterias o venas que impide el flujo sanguineo).

- No
- Si
- No Sabe

EDAD

\_\_\_\_\_  
(EDAD (Si SI, indique la edad del primer diagnostico))

13. Otro problema circulatorio o procedimiento cardiovascular.

- No
- Si
- No Sabe

Especifique

\_\_\_\_\_

EDAD

\_\_\_\_\_  
(EDAD)

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

## Pad Enfermedad Arterial Perif

---



---

### ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA

Instrucciones: Ahora voy a hacer algunas preguntas sobre dolor que usted puede estar sintiendo o ha sentido en sus piernas al caminar.

1. Tiene usted molestia o incomodidad en su(s) pierna(s) al caminar?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Incapaz de ejecutar la actividad  
 ((Si NO o NO SABE, pase a la pregunta #4. SI INCAPAZ DE EJECUTRAR ACTIVIDAD pase a la siguiente seccion))

2. Si camina en superficie plana, cuantas cuerdas camina antes de que los sintomas desarrollen? (12 cuerdas = 1 milla; mas on menos 20 minutos)

\_\_\_\_\_  
 (( 00=No (more than 98 blocks required to develop symptoms), 99= Unknown))

3. Ano en el cual los sintomas comenzaron

\_\_\_\_\_  
 (YYYY (Mark 9999 if unknown))

---



---

### CLAUDICATION SYMPTOMS

4. Incomodidad en la pantorrilla al caminar?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 ((Si NO o NO SABE, pase a la pregunta #5))

En cual pantorrilla?

- Izquierda  
 Derecha  
 Ambos  
 ((Si en las dos piernas, marque ambas respuestas))

5. Incomodidad en la extremidad baja (que no sea pantorrilla) al caminar?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 ((Si NO o NO SABE a las preguntas 4 Y 5, pase a la SIGUIENTE SECCION))

5a. Es la incomodidad en la pierna izquierda?

- No  
 Si  
 ((Si Si, pase a la pregunta L.1-4))

L.1) Ocurre con los primeros pasos?

- No  
 Si  
 No Sabe

L.2) Despues de caminar un rato? Ocurre con los primeros pasos?

- No  
 Si  
 No Sabe

L.3) Relacionado a la rapidez al caminar, o la inclinacion?

- No  
 Si  
 No Sabe

L.4) Obliga parar de caminar?

- No  
 Si  
 No Sabe

- 5b. Es la incomodidad en la pierna derecha?
- No  
 Si  
 ((Si Si, pase a la pregunta R.1-4))
- R.1) Ocurre con los primeros pasos?
- No  
 Si  
 No Sabe
- R.2) Despues de caminar un rato? Ocurre con los primeros pasos?
- No  
 Si  
 No Sabe
- R.3) Relacionado a la rapidez al caminar, o la inclinacion?
- No  
 Si  
 No Sabe
- R.4) Obliga parar de caminar?
- No  
 Si  
 No Sabe
6. Ya que indico que siente incomodidad en ambas piernas, cual de las dos es peor en los primeros pasos?
- Izquierda  
 Derecha  
 No Sabe
7. Ya que indico que siente incomodidad en ambas piernas, cual de las dos es peor despues de caminar por un rato?
- Izquierda  
 Derecha  
 No Sabe
8. Se alivia su incomodidad cuando se detiene ( o cuando para)?
- No relief with stopping  
 Yes stopping relieves the discomfort  
 No Sabe  
 NA
- Sabe por cuanto tiempo siente el alivio?
- \_\_\_\_\_
- (minutes )
9. Dura la incomodidad de la extremidad inferior por dias?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 NA
- Por cuantos dias al mes?
- \_\_\_\_\_
- (days )
10. Claudicacion ('Calambres en las piernas' Por lo general se produce con el ejercicio y casi siempre cuando se camina)intermitente?
- No  
 Si  
 Talvez  
 No Sabe

---



---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**


---

# Me Menopausia

1. Ha tenido el periodo, incluyendo manchado, en los ultimos 12 meses?

No

Si

((Si la respuesta es SI, valla al #6))

2. Cual es la razon por la cual no le ha venido el periodo

Menopausia natural

Le realizaron una histerectomia

Le realizaron una ovariectomia

Le realizaron ambas una histerectomia y una ovariectomia

Otra

Otra, Especifique

3. Sabe usted si su histerectomia fue total (Cirugia para remover el utero en su totalidad) o parcial (Cirugia para remover solo parte del utero)?

Total

Parcial

4. Sabe usted si le fue removido uno o los dos ovarios durante su ovariectomia?

Uno

Ambos

5. fue la fecha de su ultima menstruacion? (O A que edad tuvo su ultima menstruacion?)

\_\_\_\_\_

(Edad)

\_\_\_\_\_

(Año)

6. Ha tenido calores o sudoracion nocturna en los ultimos 6 meses?

No

Si

No Sabe

7. Actualmente se encuentra tomando estrogenos, ya sea de forma oral o en parches? (No incluya cremas vaginales. Estas pueden incluir Premarin, Prempro, Premphase, Estratab, Menest, Estrace, Ogen, Ortho-Est, Estraderm, Vivelle, Evista)

No

Si

8. Cuanto tiempo lleva usandolos?

Menos de un año

De uno a 5 años

Mas de 5 años

9. A que edad tuvo su primera menstruacion? (O En que año tuvo su primera menstruacion?)

\_\_\_\_\_

(Edad)

\_\_\_\_\_

(Año)

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_



# Asp Uso De Aspirina

---

---

## (ASP) USO DE ASPIRINA

1. Toma usted aspirina?

- No  
 Si  
 No Sabe  
((Si NO, o NO SABE pase a la SIGUIENTE SECCION))

2. Que clase de aspirina (dosis en miligramos) toma usted?

- 081=babe  
 160= media dosis (pildora)  
 250=asi como Excedrin  
 325= dosis usual  
 500=extra fuerte  
 Otro  
(MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

3. Que tan a menudo toma aspirina?

- Diariamente  
 Semanalmente  
 Mensualmente  
 Anualmente  
 No Sabe

4. Numero de aspirinas que toma: (segun la frecuencia mencionada anteriormente: diariamente, semanalmente, etc)

\_\_\_\_\_  
(aspirin(s))

# Pmed Medicamentos Por Receta

---



---

## (PMED) MEDICAMENTOS POR RECETA MEDICA

### PRESCRIPTION MEDICATIONS

CO-INFORMANT

No

Si

Esta usted tomando actualmente o ha tomado medicamento durante el ultimo ano?

No

Si

INTERVIEWER: List all prescription medications participant is currently taking or has taken within the past year, including insulin.

1.Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sabe

2. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

3. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

4. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

5. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

6. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

7. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

Menos de un (1) ano

De uno (1) a cinco (5) anos

Mas de cinco (5) anos

No Sab

8. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

9.Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

10. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

11. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

12. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

13. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

14. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

15. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

16. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

17. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

18. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

19. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

20. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

21. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

22. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

23. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

24. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

25. Nombre del medicamento:

\_\_\_\_\_

Tiempo de uso ?

- Menos de un (1) ano
- De uno (1) a cinco (5) anos
- Mas de cinco (5) anos
- No Sab

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Ocmed Medicamentos Sin Receta

---

---

## (OCMED) MEDICAMENTOS SIN RECETA MEDICA

Esta usted tomando actualmente o ha tomado medicamento sin receta medica durante el ultimo ano?

- No
- Si

INTERVIEWER: List all over-the-counter medications Subject takes on a weekly basis.

- 1. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 2. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 3. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 4. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 5. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 6. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 7. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 8. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 9. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 10. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 11. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 12. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 13. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 14. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 15. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 16. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 17. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 18. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 19. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_
- 20. Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

---

---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Bpb

---

---

**Primera Medicion:**

- 1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_
- 2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_
- 3. PULSO: \_\_\_\_\_
- 4. TIEMPO: \_\_\_\_\_

---

---

**Segunda Medicion:**

ENTREVISTADOR: El tiempo entre cada medida debe ser al menos de 3 minutos.

- 1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_
  - 2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_
  - 3. PULSO: \_\_\_\_\_
  - 4. TIEMPO: \_\_\_\_\_
- Tiempo entre cada medida \_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# Tob Uso De Tabaco

---



---

## (TOB) HABITOS DE SALUD: USO DE TABACO

Instrucciones: Ahora quisiera preguntarle sobre el uso de tabaco.

CO-INFORMANT

No

Si

1. Fuma usted actualmente?

No

Si

((Si No, pase a la pregunta 3))

2a. Cuantos cigarrillos fuma usted regularmente por dia ( acajetilla = 20 cigarrillos)?

\_\_\_\_\_

2b. Cuantos cigarros fuma usted regularmente por dia?

\_\_\_\_\_

2c. Cuantos pipas fuma usted regularmente por dia?

\_\_\_\_\_

3. En promedio, que tan seguido esta usted expuesto al humo del cigarro de otros en el hogar?

Diario

1-5 x por semana

1-5 x por mes

Casi nunca

Nunca

No sabe

Rehusa

NA

4. En promedio, que tan seguido esta usted expuesto al humo del cigarro de otros en el trabajo?

Diario

1-5 x por semana

1-5 x por mes

Casi nunca

Nunca

No sabe

Rehusa

NA

5. En promedio, que tan seguido esta usted expuesto al humo del cigarro de otros en el automovil?

Diario

1-5 x por semana

1-5 x por mes

Casi nunca

Nunca

No sabe

Rehusa

NA

6. En promedio, que tan seguido esta usted expuesto al humo del cigarro de otros en otras areas?

Diario

1-5 x por semana

1-5 x por mes

Casi nunca

Nunca

No sabe

Rehusa

NA



---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Alc Consumo De Alcohol

---



---

## (ALC) HABITOS DE SALUD: CONSUMO DE ALCOHOL

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcoholicas. Esto incluye cervezas, vinos, vinos refrescantes, licores como whiskey, ginebra, ron o vodka, cocteles, y bebidas mixtas que contengan licor.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

1. Actualmente, toma Ud. alcohol?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

2. En promedio, Con que frecuencia toma Ud. alguna bebida alcoholica?

\_\_\_\_\_

(# de dias por (# days per))

# de dias por

- Semana  
 Mes  
 Ano

3. Que es lo que normalmente toma?

- Cerveza  
 Ron  
 Vino  
 Ginebra  
 Whiskey  
 Otro  
 ((MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN))

Otro, especifique

\_\_\_\_\_

4. En promedio, en los dias que toma alcohol, Cuantas bebidas se toma al dia? Una bebida equivale a una cerveza de 12 oz., una copa de vino de 4 oz., o una onza de licor.

\_\_\_\_\_

(drinks)

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Asia Adiccion Al Alcohol

---



---

## (ASIA) INDICE DE SEVERIDAD DE ADICCION AL ALCOHOL

Instructions: I will be asking you some questions about alcohol that you may have used. When answering these questions, please remember that any information you give me will be kept strictly confidential, so please try to answer as honestly as possible.

1. Cuantos dias durante los pasados 30 dias ha usado usted cualquier tipo de alcohol?

\_\_\_\_\_  
((Entre -97 Rehusa, -98 No sabe))

2. Cuantos dias en los pasados 30 dias ha usado usted alcohol a punto de intoxicacion 5 bebidas o mas en una sentada?

\_\_\_\_\_  
((Entre -97 Rehusa, -98 No sabe))

3. Cuantos dias en los pasados 30 dias ha usado usted alcohol a punto de intoxicacion 4 bebidas o menos en una sentada y se ha sentido intoxicado?

\_\_\_\_\_  
((Entre -97 Rehusa, -98 No sabe))

4. Cuantos dias en los pasados 30 dias ha experimentado/tenido usted problemas con el alcohol?

\_\_\_\_\_  
((Si CERO, Rehusa, o No Sabe, pase a la pregunta 5))

a. Que tan preocupado o fastidiado ha estado usted en los pasados 30 dias debido a estos problemas con el alcohol?

- Nada/no del todo  
 Levemente/un poco  
 Moderadamente  
 Considerablemente  
 Extremadamente  
 No Sabe  
 Rehusa

5. Ha recibido usted en los pasados 30 dias tratamiento para problemas con el alcohol?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

a. Cuantos dias en los pasados 30 dias ha sido usted tratado para problemas con el alcohol (incluyendo como paciente no-internado, programa residencial, programa de desintoxicacion, Alcoholicos Anonimos)?

\_\_\_\_\_  
((Entre -97 Rehusa, -98 No sabe))

b. Que tan importante es para usted el tratamiento para estos problemas con el alcohol?

- Nada/no del todo  
 Levemente/un poco  
 Moderadamente  
 Considerablemente  
 Extremadamente  
 No Sabe  
 Rehusa

---



---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Pss Percepcion De Estres

---

---

## (PSS) ESCALA DE PERCEPCION DE ESTRES

Instrucciones: Las preguntas en la siguiente escala se refieren a sus pensamientos y sentimientos durante el ultimo mes. Aunque algunas de las preguntas parezcan similares, hay diferencias entre cada una. Por lo tanto, debera tratar cada pregunta por separado. Para cada pregunta, se le pide que indique que tan a menudo Ud. penso o se sintio de dicha manera. Por favor, no trate de contar las veces que usted se sintio de una manera en particular, sino que haga una estimacion y de su respuesta de acuerdo a una de las siguientes categorias: [LEER CATEGORIAS].

---

---

### EN EL ULTIMO MES:

1. Con que frecuencia ha estado afectado(a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

2. Conque frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

3. Conque frecuencia se ha sentido nervioso(a) o estresado(a)?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

4. Conque frecuencia ha manejado con exito los pequenos problemas de la vida que le molestan? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

5. Conque frecuencia ha sentido que ha enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

6. Conque frecuencia ha estado seguro(a) sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

7. Conque frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

8. Conque frecuencia ha sentido que no ha podido lidiar con todas las cosas que ha tenido que hacer?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

9. Con que frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

10. Con que frecuencia se ha sentido en control de todo? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

11. Con que frecuencia ha estado enfadado(a) porque le ocurrieron cosas que estaban fuera de su control?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

12. Con que frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr o hacer?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

13. Con que frecuencia ha podido controlar la manera de usted pasar el tiempo? \*

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

14. Con que frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Pas Aculturacion Psicologica

---



---

## (PAS) ESCALA DE ACULTURACION PSICOLOGICA

Instrucciones: Las siguientes diez preguntas tienen como propósito explorar sus preferencias culturales. Nos interesa saber con cual grupo cultural ya sea el puertorriqueño o el americano usted se siente más cómodo(a), o se identifica más. Por favor utilice las siguientes categorías para dar su respuesta: [LEER CATEGORIAS].

1. Con que grupo de personas siente que comparte la mayoría de sus creencias y valores?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

2. Con que grupo de personas siente que tiene más en común?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

3. Con que grupo de personas se siente más cómodo(a)?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

4. En su opinión, ¿que grupo de personas mejor entiende sus ideas (su forma de pensar)?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

5. De que cultura se siente orgulloso(a) de ser miembro?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

6. En que cultura sabe como se hacen las cosas y siente que puede hacerlas con facilidad?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

7. En que cultura se siente seguro(a) de que sabe como comportarse?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

8. En su opinión, a que grupo de personas Ud. entiende mejor?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

9. En que cultura sabe lo que se espera de una persona en varias situaciones?

- Solo con PR  
 Mas con PR que Americanos  
 Igual entre PR y Americanos  
 Mas con Americanos que PR  
 Solo con Americanos

10. Sobre que cultura conoce mas (por ejemplo, su historia, sus tradiciones, y sus costumbres)?

- Solo con PR
- Mas con PR que Americanos
- Igual entre PR y Americanos
- Mas con Americanos que PR
- Solo con Americanos

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Acc Aculturacion

---

---

**(ACC) ACULTURACION**

CO-INFORMANT

 No Si

---

---

**Que idioma/lengua usa:**

...para ver television?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...para leer periodicos y libros?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...para conversar con los vecinos?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...en el trabajo?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...para escuchar la radio?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...con sus amigos(as)?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA

...con su familia?

 Solamente Espanol Mas espanol que ingles Ambos or igual Mas ingles que espanol Solamente ingles NA



---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Escala Mahes De Estress

---

---

## (MSS) ESCALA MAHES DE ESTRESS

Instrucciones: Las preguntas que siguen exploran como usted se ha sentido acerca de ciertas cosas durante el ultimo mes. Por favor conteste la pregunta usando las siguientes opciones.

1. Con que frecuencia se ha preocupado por su salud?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
2. Con que frecuencia se ha preocupado por los problemas de otras personas?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
3. Con que frecuencia ha tenido miedo de que el dinero no le fuera a rendir lo suficiente?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
4. Con que frecuencia ha pensado que no podia contar con nadie si lo necesitaba?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
5. Con que frecuencia se ha preocupado por la perdida de familiares y amigos?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
6. Con que frecuencia se ha preocupado por su seguridad personal?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
7. Con que frecuencia se ha preocupado por su futuro?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
8. Con que frecuencia ha pensado que otras personas no entendian sus preocupaciones o inquietudes?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo
  
9. Con que frecuencia se ha preocupado de no poder completar todo lo que tenia que hacer?  
 Nunca  
 Casi Nunca  
 De vez en Cuando  
 A Menudo  
 Muy a Menudo

10. Con que frecuencia se ha preocupado por problemas o situaciones inesperadas?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

11. Con que frecuencia se ha sentido nervioso(a) debido a problemas en su vida?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

12. Con que frecuencia se ha preocupado porque no podia conseguir la ayuda que necesitaba?

- Nunca
- Casi Nunca
- De vez en Cuando
- A Menudo
- Muy a Menudo

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Pdq Discriminacion Percibida

---



---

## (PDQ) CUESTIONARIO DE DISCRIMINACION PERCIBIDA

[Source: CHIS Discrimination Module' references include: Shariff-Marco, Salma, Gilbert C. Gee, Nancy Breen, Gordon Willis, Bryce B. Reeve, David Grant, Ninez A. Ponce, Nancy Krieger, Hope Landrine, David R. Williams, Margarita Alegria, Vickie M. Mays, Timothy P. Johnson, and E. Richard Brown (2009). A Mixed-Methods Approach to Developing a Self-Reported Racial/Ethnic Discrimination Measure for Use in Multiethnic Health Surveys. *Ethnicity & Disease*, 19(4): 447-453.

Reeve, Bryce B., Willis, Gordon, Shariff-Marco, Salma N., Breen, Nancy, Williams, David R., Gee, Gilbert C., Alegria, Margarita, Takeuchi, David T., Kudela, Martha S., and Levin, Kerry Y. Comparing Cognitive Interviewing and Psychometric Methods to Evaluate a Racial/Ethnic Discrimination Scale. *Field Methods* (in press).]

Instrucciones: Las preguntas siguientes tratan de cosas que pueden sucederle a usted en su vida cotidiana. Las preguntas son sobre momentos y lugares donde le trataron injustamente. Recuerde que no tiene que responder a ninguna pregunta si no lo desea. Toda la informacion que nos de se mantendra confidencial y utilizaremos sus respuestas solamente para este estudio..

---



---

## EXPERIENCIAS RECIENTES DE DISCRIMINACION

Primero. Piense en sus experiencias en los 12 ultimos meses.

alguna de estas cosas?

Con que frecuencia le ha pasado

a. En los 12 meses pasados, con que frecuencia le han tratado a usted con menos respeto que a otras personas? Diria usted ...

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

b. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia le han tratado injustamente en restaurantes o tiendas? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

c. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia ha criticado la gente su acento o su modo de hablar? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

d. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia ha actuado la gente como si creyeran que usted no es listo(a)? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

e. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia ha actuado la gente como si le tuvieran miedo? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

f. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia ha actuado la gente como si creyeran que usted es deshonesto(a)? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

g. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia ha actuado la gente como si fueran mejores que usted? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

h. En los 12 meses pasados, con cuanta frecuencia le han amenazado u hostigado? Diria usted

- Nunca  
 Casi nunca  
 Algunas veces  
 Con frecuencia

Si respondio casi nunca, o algunas veces, o con frecuencia a cualquier pregunta 1a-h, continue con las siguientes preguntas:

2. Ahora, le voy a preguntar acerca de por que le podrian haber tratado injustamente o le han discriminado. Favor de contestar las siguientes preguntas con 'si' o 'no'.

a. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado debido a su ascendencia u origen nacional?

- No  
 Si

b. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado debido a su genero o sexo?

- No  
 Si

c. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado...debido a su raza o color de la piel?

- No  
 Si

d. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado...debido a su edad?

- No  
 Si

e. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado...debido a la manera en la que habla ingles?

- No  
 Si

f. En los pasados 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado debido a su peso?

- No  
 Si

g. En los pasados 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado debido a su orientacion sexual?

- No  
 Si

h. Durante los ultimos 12 meses, le han tratado injustamente o le han discriminado...debido a cualquier otra razon?

- No  
 Si

Especifique,

---

i. Cual de estas cree usted que es la razon principal por la que le han tratado injustamente o le han discriminado? Fue...

- A causa de sus antepasados o su origen nacional  
 A causa de su genero o sexo  
 A causa de su raza o color de la piel  
 A causa de su edad  
 A causa de su modo de hablar ingles  
 Su peso  
 Su orientacion sexual  
 Otro

Otro, especifique

---

j. En los 12 meses pasados, cuanto estres le han causado normalmente estas experiencias de tratamiento o le han discriminado injusto? Diria usted...

- Ningun estres  
 Un poco de estres  
 Algun estres  
 Mucho estres

---



---

**EXPERIENCIAS DE DISCRIMINACION DURANTE EL CURSO DE LA VIDA**

3. Ahora, piense en toda su vida. Cuantas veces ha ocurrido esto en su vida?

a. En toda su vida, con cuanta frecuencia le han tratado injustamente en la escuela? Diria usted

- Nunca  
 Casi Nunca  
 Algunas veces  
 Confrecuencia

b. En toda su vida, con cuanta frecuencia le han tratado injustamente en el trabajo? Diria usted

- Nunca  
 Casi Nunca  
 Algunas veces  
 Confrecuencia

c. En toda su vida con cuanta frecuencia le han tratado injustamente cuando recibio atencion medica? Diria usted

- Nunca  
 Casi Nunca  
 Algunas veces  
 Confrecuencia

d. En toda su vida con cuanta frecuencia le han tratado injustamente por la policia y los tribunals? Diria usted

- Nunca  
 Casi Nunca  
 Algunas veces  
 Confrecuencia

e. En toda su vida con cuanta frecuencia le han tratado injustamente en otras situaciones?Diria usted

- Nunca  
 Casi Nunca  
 Algunas veces  
 Confrecuencia

Si respondio casi nunca, o algunas veces, o con frecuencia a cualquier pregunta #3a-3e, continue con las siguientes preguntas: 4. Ahora, le voy a preguntar acerca de por que podrian haberle tratado injustamente. Favor de contestar las siguientes preguntas con 'si' o 'no'

a. Alguna vez en toda su vida, le han tratado injustamente debido a su ascendencia u origen nacional?

- No  
 Si

b. Alguna vez en toda su vida, le han tratado injustamente debido a su genero o sexo?

- No  
 Si

c. Alguna vez en toda su vida, , le han tratado injustamente debido a su raza o color de la piel?

- No  
 Si

d. Alguna vez en toda su vida, le han tratado injustamente debido a su edad?

- No  
 Si

e. Alguna vez en toda su vida, le han tratado injustamente debido a la manera en la que habla ingles?

- No  
 Si

f. Durante el transcurso de su vida, le han tratado injustamente debido a su peso?

- No  
 Si

g. Durante el transcurso de su vida, le han tratado injustamente debido a su orientacion sexual?

- No  
 Si

h. Alguna vez en toda su vida, le han tratado injustamente debido a cualquier otra razon?

- No  
 Si

i. Si respondio SI a mas de una de estas preguntas, continue con la siguiente pregunta:Cual de estas cree usted que es la razon principal por la que le han tratado injustamente alguna vez en toda su vida?Fue...

- A causa de sus antepasados o su origen nacional
- A causa de su genero o sexo
- A causa de su raza o color de la piel
- A causa de su edad
- A causa de su modo de hablar ingles
- Su peso
- Su orientacion sexual
- Otro

Otro, especifique

j. En toda su vida, cuanto estres ha sufrido a causa de sus experiencias de tratamiento injusto? Diria usted

- Ningun estres
- Un poco de estres
- Algun estres
- Mucho estres

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Ls Loneliness Scale

---

---

## (LS) LONELINESS SCALE

### MODULE 6: Loneliness, Stress, and Social Support /Social Burden (LS) LONELINESS SCALE

Las siguientes preguntas son sobre como Ud. se siente con respecto a diferentes aspectos de su vida. Para cada pregunta, por favor responda con que frecuencia Ud. se siente de dicha manera.

1. Con que frecuencia siente que Ud. carece de compania?

- Casi Nunca/Nunca
- A Veces
- A Menudo
- No Sabe
- NA

2. Con que frecuencia siente que a Ud. no se le toma en cuenta?

- Casi Nunca/Nunca
- A Veces
- A Menudo
- No Sabe
- NA

3. Con que frecuencia se siente Ud. aislado(a)?

- Casi Nunca/Nunca
- A Veces
- A Menudo
- No Sabe
- NA

---

---

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

---



# Ds Escala De Depresion

---



---

## (DS) ESCALA DE DEPRESION

Instrucciones: Ahora voy a leer una serie de comentarios hechos por distintas personas. Despues de que yo lea cada comentario, quiero que Ud. me diga si Ud. mismo(a) se ha sentido de dicha manera durante la ultima semana. Por favor, de su respuesta basandose en la semana pasada y utilizando las siguientes categorias: [LEER CATEGORIAS].

Durante la semana pasada, esto es desde (fecha) hasta el dia de hoy:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Le molestaron cosas que usualmente no le molestan?   | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 2. No se sentia con ganas de comer; tenia mal apetito?  | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 3. Se sentia que no podia quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos? | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 4. Sentia que usted era tan bueno(a) como cualquier otra persona? *                               | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 5. Tenia dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?                               | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 6. Se sentia deprimido(a)?  | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 7. Usted sentia que todo lo que hacia era un esfuerzo?  | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 8. Se sentia optimista sobre el futuro? *   | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 9. Penso que su vida habia sido un fracaso?   | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |
| 10. Se sintio con miedo?  | <input type="checkbox"/> Raramente/ ninguna vez<br><input type="checkbox"/> Alguna Vez/ pocas Veces<br><input type="checkbox"/> Ocasionalmente/ una cantidad Moderada<br><input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo |

11. Su sueño era inquieto?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
12. Estuvo contento? \*
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
13. Hablo menos de lo usual?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
14. Se sintió solo(a)?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
15. La gente no era amistosa con usted?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
16. Disfruto de la vida? \*
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
17. Paso ratos llorando?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
18. Se sintió triste?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
19. Sintió que no le caía bien a la gente?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo
20. No tenía ganas de hacer nada?
- Raramente/ ninguna vez  
 Alguna Vez/ pocas Veces  
 Ocasionalmente/ una cantidad Moderada  
 La mayor parte del tiempo/ todo el tiempo

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Gt Traumas Generales

---

---

## (GT) TRAUMAS GENERALES

Instrucciones: Voy a leer una serie de comentarios que se refieren a eventos que puede ser que usted haya experimentado en algun momento de su vida. (Breslau et al, 1998)

En el transcurso de su vida, haa [LEA CADA PREGUNTA]

---

---

**Usted puede experimentar angustia o se sienten ansiosos, mientras que responder a esta seccion. Usted puede saltarse cualquier elemento que no se siente comodo respondiendo o si lo prefiere puede omitir toda la seccion.**

Desea que continuemos con esta seccion?

- No  
 Si  
((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

1. Ha estado en combate o ha estado expuesto a una zona de guerra en el ejercito o como civil?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

2. Ha sido victima de un acto violento de tipo sexual, por ejemplo una violacion?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

3. Ha sido victima de otra clase de asalto sexual o ha tenido contactos sexuales en contra de su voluntad porque utilizaron la fuerza, le amenazaron de lastimarla(o) o le manipularon?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

4. Ha sido victima de un acto violento fisico como que le hayan disparado o le hayan apunalado(a)?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

5. Le han mantenido cautiv(a)o, torturado(a), o secuestrado(a)?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

6. Le han asaltado(a) o amenazado(a) con un arma?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

7. Le han golpeado(a) seriamente?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

8. Ha estado en un accidente de automovil serio u otro vehiculo?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

9. Ha estado en algun otro accidente serio o sufrido alguna otra herida seria?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

10. Ha experimentado algun desastre natural - como por ejemplo fuego, inundacion, terremoto -en el cual usted fue lastimado(a) o su propiedad fue danada?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

11. Le han diagnosticado(a) con una enfermedad que pone en riesgo su vida, o ha tenido una operacion seria?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

12. Le han diagnosticado(a) a alguno de sus hijos(as) una enfermedad que pone en riesgo la vida de su(s) hijo(a)s?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

13. Ha visto a alguien lastimando seriamente o causandole la muerte a otra persona?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

14. Ha descubierto inesperadamente el cuerpo de alguna persona muerta?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

15. Se ha enterado de que una amistad o familiar cercano fue violado(a) o asaltado(a) sexualmente?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

16. Se ha enterado de que una amistad o familiar cercano fue seriamente atacado(a) fisicamente?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

17. Se ha enterado de que una amistad o familiar cercano fue seriamente lastimado(a) en un accidente automovilistico?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

18. Se ha enterado de que una amistad o familiar cercano fue seriamente lastimado(a) en algun otro accidente?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

19. Ha experimentado la muerte repentina e inesperada de un amigo(a) o familiar cercano?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

20. Ha experimentado alguna otra situacion o evento que haya sido extraordinariamente estresante?

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

((Si todas las preguntas fueron contestadas NO, omitir la siguiente seccion))

21. Describa el evento al que se refiere en la pregunta anterior L20:

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Ptd Estres Postraumatico

---



---

## (PTD) ESCALA DE SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO

(This section is adapted from the Post-traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) developed by Foa (1995))

Instrucciones: Ahora voy a leer una lista de sentimientos y experiencias que personas a veces tienen despues de experimentar/sufrir eventos traumaticos.

---



---

**Debido a que contest si a por lo menos uno de los eventos de la lista anterior, quisiera ahora preguntarle acerca de una serie de sentimientos y experiencias por las que pueda haber atravesado durante los ULTIMOS 30 DIAS. Igual que antes, puede que experimente stress o que se sienta ansioso mientras contesta esta seccion, pero puede saltar cualquier pregunta que no se sienta a gusto contestando, o si lo prefiere puede saltar la seccion complete.**

Desea que continuemos con esta seccion?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION))

1. Tener pensamientos o imagenes tristes o que le perturban sobre los eventos traumaticos que se le vienen a la mente cuando usted no lo quisiera.

- Nada ( o 1 vez solamente)  
 De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)  
 La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)  
 Casi siempre (5 veces mas a la semana)  
 No Sabe  
 Rehusa

2. Tener malos suenos o pesadillas sobre los eventos traumaticos.

- Nada ( o 1 vez solamente)  
 De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)  
 La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)  
 Casi siempre (5 veces mas a la semana)  
 No Sabe  
 Rehusa

3. Revivir los eventos traumaticos, actuando o sintiendo como si estuvieran ocurriendo de nuevo.

- Nada ( o 1 vez solamente)  
 De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)  
 La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)  
 Casi siempre (5 veces mas a la semana)  
 No Sabe  
 Rehusa

4. Sentirse emocionalmente molesto(a) cuando es recordado del evento traumatico (Ej: sentirse con miedo, enojado(a), triste, culpable, etc)

- Nada ( o 1 vez solamente)  
 De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)  
 La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)  
 Casi siempre (5 veces mas a la semana)  
 No Sabe  
 Rehusa

5. Experimentar reacciones fisicas cuando es recordado(a) de eventos traumaticos (Ej: empezar a sudar, palpitaciones).

- Nada ( o 1 vez solamente)  
 De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)  
 La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)  
 Casi siempre (5 veces mas a la semana)  
 No Sabe  
 Rehusa

6. Intentar no pensar, hablar, o tener sentimientos sobre el evento traumático.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

7. Intentar evitar actividades, personas, o lugares que le recuerdan del evento traumático.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

8. No poder recordar una parte importante del evento traumático.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

9. Tener mucho menos interés o participar mucho menos frecuentemente en actividades importantes.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

10. Sentirse distante y separado(a) de las personas que lo/la rodean.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

11. Sentirse emocionalmente frío(a)/ adormecido(a)/ entumecido(a) (Ej: no poder llorar o no poder tener sentimientos amorosos).

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

12. Sentir como que si sus planes futuros o esperanzas no se realizaran.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

13. Tener dificultad quedado dormido(a) y mantenerse dormido(a).

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

14. Sentirse irritable o tener ataques de ira.

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces o más a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

15. Tener dificultad concentrandose (Ej: vagar dentro y fuera de conversaciones, estar despistado(a) o perder el hilo de una historia en la television, olvidar lo que lee).

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces mas a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

16. Estar sobre alerta (Ej: revisando quien esta a su alrededor, estar incomodo(a) con su espalda hacia la pared etc.).

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces mas a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

17. Estar nervioso(a) o facilmente asustado(a) (Ej: cuando alguien se le acerca por detras).

- Nada ( o 1 vez solamente)
- De vez en cuando (1 vez a la semana o menos)
- La mitad del tiempo (2-4 veces a la semana)
- Casi siempre (5 veces mas a la semana)
- No Sabe
- Rehusa

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---



# Cope Brief Cope

---



---

## (COPE) Brief COPE

Instrucciones: Las siguientes son algunas maneras de enfrentarse y adaptarse a situaciones diferentes. Piense en una situación difícil que Ud. tuvo el año pasado. Estamos interesados en saber como Ud. enfrento y se adapto a esa situación difícil. Porfavor utilice las siguientes respuestas [LEER OPCIONES]. Brief Cope (Carver, CS; 1997)

- |  |  |
|--|--|
| 1. Yo me enfoque en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.             | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 2. Yo concentre mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situacion en la que estaba. | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 3. Yo me dije a mi mismo(a), esto no es real.  | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 4. Yo use alcohol u otras drogas para sentirme mejor.                                  | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.  | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 6. Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.                               | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 7. Yo tome acción para poder mejorar la situación.                                     | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 8. Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.  | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.                    | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 10. Yo use alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.               | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |
| 11. Yo trate de verlo con un enfoque distinto para que pareciera más positivo.         | <input type="checkbox"/> No hice esto en lo absoluto<br><input type="checkbox"/> Hice esto un poco<br><input type="checkbox"/> Hice esto con cierta frecuencia<br><input type="checkbox"/> Hice con mucha frecuencia |

12. Yo trate de crear una estrategia para saber que hacer.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
14. Yo deje de hacerle frente a la situación en la que estaba.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
15. Yo busque algo bueno en lo que estaba pasando.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
16. Yo hice bromas acerca de esto.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, sonar despierto(a), dormir, o ir de compras.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
18. Yo acepte la realidad de que esto haya pasado.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
19. Yo exprese mis pensamientos negativos.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
20. Yo trate de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
21. Yo aprendí a vivir con esto.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
22. Yo pense mucho cuáles eran los pasos a tomar.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
23. Yo rece o medite.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia
24. Yo hice gracia de la situación.
- No hice esto en lo absoluto  
 Hice esto un poco  
 Hice esto con cierta frecuencia  
 Hice con mucha frecuencia

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Soc Apoyo Social

---



---

## (SOC) APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL Y COMUNITARIA

Instrucciones: Hablemos ahora sobre su vida familiar y sus actividades sociales en la comunidad.

CO-INFORMANT

- No  
 Si

1. Cuantos hijos(as) tiene Ud., incluyendo hijastros(as), e hijos(as) adoptivos(as) o de crianza que todavia estan vivos?

\_\_\_\_\_ (children (If NONE, enter 00 and GO TO #6))

1a. Cuantos viven con usted?

\_\_\_\_\_ ((If all children live with subject, GO TO #6))

2a. Cuanto tardaria (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive con Ud.) en llegar hasta aqui?

2b. Cuanto tardaria (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive con Ud.) en llegar hasta aqui?

- Minutos  
 Horas  
 Dias

3a. Con que frecuencia ve Ud. a (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con Ud.)?

\_\_\_\_\_ (# of times)

3b. Con que frecuencia ve Ud. a (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con Ud.)?

- Al dia  
 A la semana  
 Al mes  
 Al ano  
 Menos de una vez al ano

4a. Con que frecuencia habla Ud. por telefono con (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con Ud.)?

\_\_\_\_\_ (# of times)

4b. Con que frecuencia habla Ud. por telefono con (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con Ud.)?

- Al dia  
 A la semana  
 Al mes  
 Al ano  
 Menos de una vez al ano

5a. Con que frecuencia recibe Ud. correspondencia de (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con usted)?

\_\_\_\_\_ (# of times)

5b. Con que frecuencia recibe Ud. correspondencia de (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aqui con usted)?

- Al dia  
 A la semana  
 Al mes  
 Al ano  
 Menos de una vez al ano

6. Cuantos hermanos(as) tiene Ud., incluyendo hermanastros(as) y hermanos(as) adoptivos o de crianza que todavia estan vivos?

\_\_\_\_\_ (siblings)

7. Hace Ud. uso de servicios para adultos mayores, proveidos por agencias de salud o el gobierno, como por ejemplo Meals on Wheels, una enfermera ambulante, transportacion para adultos mayores, alimentos donados?

- No  
 Si  
 ((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION y Si SI, pase a la pregunta 8))

Durante los ultimos 2 anos, cuantas veces utilizo los siguientes servicios?

## 8. Servicio para Adultos Mayores

Frecuencia

---

(Number of Times)

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

## 9. Transporte especial para personas mayores

Frecuencia

---

(Number of Times)

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

## 10. Comidas a domicilio provistas por una agencia, como por ejemplo Meals on Wheels

Frecuencia

---

(Number of Times )

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

## 11. Alimentos donados (e.j. Programa de Distribucion de Alimentos del Departamento de Agricultura)

Frecuencia

---

(Number of Times)

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

## 12. Agencia que proporciona a los envejecientes una persona que limpie el apartamento y cocine

Frecuencia

---

(Number of Times)

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

## 13. Agencia que hace llamadas telefonicas para averiguar en que estado de salud se encuentran las personas mayores

Frecuencia

---

(Number of Times)

- Al dia
- A la semana
- Al mes
- Al ano
- Menos de una vez al ano
- No Recuerda
- No Sabe

14. Visitas de una enfermera a domicilio

\_\_\_\_\_  
(Number of Times)

Frecuencia

- Al día  
 A la semana  
 Al mes  
 Al año  
 Menos de una vez al año  
 No Recuerda  
 No Sabe

15. Visitas a domicilio de una persona que le ayude con su aseo personal

\_\_\_\_\_  
(Number of Times)

Frecuencia

- Al día  
 A la semana  
 Al mes  
 Al año  
 Menos de una vez al año  
 No Recuerda  
 No Sabe

16. Centro de cuidado diurno para personas mayores

\_\_\_\_\_  
(Number of Times)

Frecuencia

- Al día  
 A la semana  
 Al mes  
 Al año  
 Menos de una vez al año  
 No Recuerda  
 No Sabe

---

## Section 2: Other Activities

Ahora voy a preguntarle sobre otras actividades que es posible que Ud. Haya hecho.

Durante las ultimas dos semanas, Cuantas vecesa?

1. Se reunio Ud. con amigos(as) o vecinos(as)?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

2. Hizo Ud. Trabajo voluntario alguno?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

3. Converso Ud. por telefono con amigos(as) o vecinos(as)?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

4. Paso Ud. tiempo alguno con CUALQUIERA de sus familiares que no viven aqui con Ud.?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

5. Converso Ud. por telefono con CUALQUIERA de sus familiares?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

6. Asistio Ud. a servicios religiosos u otras actividades en la iglesia o en el templo?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

7. Asistio Ud. a algun espectaculo o pelicula, evento deportivo, reunion de algun club, clases u otra actividad en grupo?

\_\_\_\_\_  
(# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

8. Participo Ud. en cualquier deporte o ejercicio (como por ejemplo el golf, el tenis, la natacion, correr o hacer a jogging, a u otros)?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

9. Leyo Ud. libros, revistas o periodicos?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

10. Dedico Ud. tiempo a un pasatiempo (como por ejemplo coleccionar algo, tallar en madera, tocar un instrumento musical, o trabajar en el jardin)?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

11. Se ocupo Ud. en mantener su hogar en buen estado o en hacerle pequenas reparaciones?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

12. Le dedico Ud. tiempo a familiares que no viven con Ud. (como por ejemplo cuidando ninos, o haciendoles una breve visita)?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

13. Le presto ayuda alguna a sus amigos(as) o vecinos(as) sin recibir paga por ello?

\_\_\_\_\_  
 (# of times (Enter 96 if DON'T REMEMBER & 98 if DON'T KNOW))

14. Considerando sus actividades sociales presentes, Opina Ud. que son suficientes, que son demasiadas, o que le gustaria involucrarse en algunas mas?

- Suficiente  
 Demasiadas  
 Gustaria involucrere en mas

---



---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_

# Bpc

---

---

**Primera Medicion:**

- 1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_
- 2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_
- 3. PULSO: \_\_\_\_\_
- 4. TIEMPO: \_\_\_\_\_

---

---

**Segunda Medicion:**

ENTREVISTADOR: El tiempo entre cada medida debe ser al menos de 3 minutos.

- 1. SISTOLICA: \_\_\_\_\_
  - 2. DIASTOLICA: \_\_\_\_\_
  - 3. PULSO: \_\_\_\_\_
  - 4. TIEMPO: \_\_\_\_\_
- Tiempo entre cada medida \_\_\_\_\_

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_



# Nssq Cuestionario Norbeck

## (NSSQ) CUESTIONARIO NORBECK DE APOYO SOCIAL

INTERVIEWER: Por favor lea todas las instrucciones antes de comenzar. (Please read all of the instructions on this page prior to starting with this section.) Instrucciones: Por favor haga una lista de cada una de las personas importantes en su vida. Considere todas las personas quienes le dan apoyo social o quienes son importantes para usted. Al hacer su lista, use solamente el primer nombre o las iniciales de la persona, e indique el tipo de relacion que usted tiene con cada una de ellas.

Por ejemplo:

Nombre o iniciales Relacion

- 1. A Maria T amiga
- 2. Roberto hermano
- 3. M.T. madre 4. Jose amigo
- 5. Senora R. vecina etc.

Use la siguiente lista como una guia. Piense en las personas que son importantes para usted y de el nombre de cuantas personas sea aplicable a su caso.

- espos(a) o companero(a)
- miembros de la familia o parientes
- amigos
- asociados de la escuela o companeros
- vecinos
- proveedores de salud
- consejero o terapeuta
- sacerdote o ministro
- otros

No tiene que nombrar a 16 personas. Solamente nombre personas importantes en su vida.

CUANDO HAYA TERMINADO SU LISTA, POR FAVOR PASE A LA PAGINA 51.

1980 by Jane S. Norbeck, DNSc  
University of California, San Francisco  
Revised 1982, 1995

1. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
2. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
3. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
4. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
5. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
6. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
7. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____
8. Nombre o iniciales	_____
Relacion	_____

9. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

10. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

11. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

12. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

13. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

14. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

15. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

16. Nombre o iniciales

---

Relacion

---

1. Cuanto le hace esta persona sentirse querido(a)?

Persona 1:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 2:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 3:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 4:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 5:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 6:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 7:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 8:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 9:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 10:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 11:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 12:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 13:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 14:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 15:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 16:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

2. Cuanto le hace esta persona sentirse admirado(a) o respetado(a)?

Persona 1:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 2:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 3:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 4:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 5:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 6:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 7:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 8:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 9:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 10:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 11:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 12:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 13:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 14:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 15:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 16:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

3. Cuanto confia usted en esta persona?

Persona 1:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 2:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 3:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 4:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 5:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 6:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 7:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 8:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 9:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 10:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 11:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 12:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 13:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 14:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 15:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 16:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

4. Cuanto esta persona esta de acuerdo o apoya sus acciones o pensamientos?

Persona 1:  Nada  
 Un poco  
 Moderadamente  
 Bastante  
 Mucho

Persona 2:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 3:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 4:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 5:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 6:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 7:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 8:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 9:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 10:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 11:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 12:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 13:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 14:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 15:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 16:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

5. Si usted necesita pedir prestado por ejemplo, \$10.00, que le lleven al doctor, o alguna ayuda inmediata, Cuanto le podria ayudar esta persona, usualmente?

Persona 1:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 2:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 3:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 4:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 5:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 6:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho



Persona 7:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 8:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 9:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 10:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 11:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 12:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 13:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 14:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 15:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 16:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

6. Si tuviera que permanecer en cama por varias semanas, Cuanta ayuda le podria dar esta persona?

Persona 1:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 2:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 3:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 4:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 5:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 6:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 7:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 8:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 9:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 10:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 11:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 12:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 13:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 14:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 15:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

Persona 16:

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

7. Hace cuanto que usted conoce a esta persona?

Persona 1:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 2:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 3:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 4:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 5:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 6:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 7:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 anos
- 2 to 5 anos
- Mas 5 anos

Persona 8:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 9:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 10:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 11:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 12:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 13:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 14:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 15:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

Persona 16:

- Menos de 6 meses
- 6 to 12 meses
- 1 to 2 años
- 2 to 5 años
- Mas 5 años

8. Con que frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (Llamadas por telefono, visitas o cartas)

Persona 1:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al año
- Una vez al año o menos

Persona 2:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al año
- Una vez al año o menos

Persona 3:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 4:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 5:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 6:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 7:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 8:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 9:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 10:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 11:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 12:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 13:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 14:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 15:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

Persona 16:

- Diario
- Semanal
- Mensual
- Unas cuantas veces al ano
- Una vez al ano o menos

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

---

# Losses Survey

## Losses Survey

9. Durante el año pasado, Ha perdido usted alguna relación importante debido a mudanza, cambios de trabajo, divorcio o separación, muerte o alguna otra razón?

No

Si

((Si No, pase a la SIGUIENTE SECCION y Si SI, pase a la pregunta9a))

ha perdido una relación importante durante el año pasado: 9a. Por favor indique el número de personas en cada categoría que no están ya disponibles para usted.

9A. Please indicate the number of persons from each category who are no longer available to you.

Esposo(a) o compañero: \_\_\_\_\_

Familiares o parientes: \_\_\_\_\_

Amigos: \_\_\_\_\_

Compañeros de trabajo o de escuela: \_\_\_\_\_

Vecinos: \_\_\_\_\_

Proveedores de salud: \_\_\_\_\_

Consejero o terapeuta: \_\_\_\_\_

Sacerdote o ministro: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

10. En general, Que cantidad de apoyo le proporcionaban estas personas que no están ya disponibles para usted?

Nada

Un poco

Moderadamente

Bastante

Mucho

## INTERVIEWR COMENTARIOS:

\_\_\_\_\_

# Nfa Cuestionario De Comida

## (NFA) CUESTIONARIO DE COMIDA Y ACTIVIDADES EN EL VECINDARIO

Physical Activity and Activity Friendliness of Missouri Ozark Region. Prev Med. 2008 Dec;47(6):600-4. Epub 2008 Oct 11. Impact of the food environment and physical activity environment on behaviors and weight status in rural U.S. communities. Casey AA, Elliott M, Glanz K, Haire-Joshu D, Lovegreen SL, Saelens BE, Sallis JF, Brownson RC. <https://riskfactor.cancer.gov/mfe/instruments/boehmer-brownson-survey> Mujahid: Neighborhood Health Questionnaire. Am J Epidemiol. 2007 Apr 15;165(8):858-67. Epub 2007 Feb 28. Assessing the measurement properties of neighborhood scales: from psychometrics to ecometrics. Mujahid MS, Diez Roux AV, Morenoff JD, Raghunathan T. <https://riskfactor.cancer.gov/mfe/instruments/mujahid-neighborhood-health-questionnaire> Nutrition Environment Measures Survey in Stores (NEMS-S). Am J Prev Med. 2007 Apr;32(4):282-9. Nutrition Environment Measures Survey in stores (NEMS-S): development and evaluation. Glanz K, Sallis JF, Saelens BE, Frank LD. <https://riskfactor.cancer.gov/mfe/instruments/glanz-nutrition-environment-measures-survey-in-stores-nems-s-1>

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren a lugares donde usted lleva a cabo algunas actividades como comprar alimentos y hacer ejercicio, y como es el vivir en su vecindario. No hay respuestas correctas ni incorrectas a estas preguntas. Estamos interesados en sus opiniones de lo que es vivir en su vecindario.

Ambiente de Tienda de Alimentos

1. Como que tan lejos de su casa queda el lugar (o grupo de lugares) donde los miembros de su hogar hacen la mayoría de compras de alimentos?

- Media milla o menos (1 milla = 12 cuadras o una caminata de 20 minutos)
- Mas de media milla pero menos de 1 milla
- Mas de una milla pero menos de 5 millas
- 5-10 millas
- 10 o mas millas
- No Sabe

2. Como cuantas de las compras de alimentos para su hogar diria usted que se hacen dentro de 12 cuadras (una milla o una caminata de 20 minutos) alrededor de su hogar?

- Todas o casi todas las compras
- La mayoría de las compras
- La mitad de las compras
- Algunas de las compras
- Ninguna o casi ninguna de las compras
- No Sabe

**3. Cuando usted va a comprar comida en su vecindario dentro de las 12 cuadras (una milla o una caminata de 20 minutos) alrededor de su hogar, durante los pasados 12 meses que tan a menudo va usted a.**

1) Supermercado?

- Nunca
- Menos de una vez por semana
- 1-2 veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 5 veces o mas or semana
- No sabe/No Esta Seguro(a)
- Rehusa

2) Walmart o Target?

- Nunca
- Menos de una vez por semana
- 1-2 veces por semana
- 3-4 veces por semana
- 5 veces o mas or semana
- No sabe/No Esta Seguro(a)
- Rehusa



3) Tiendas como 'quick stops' o 'minute marts'?

- Nunca  
 Menos de una vez por semana  
 1-2 veces por semana  
 3-4 veces por semana  
 5 veces o mas or semana  
 No sabe/No Esta Seguro(a)  
 Rehusa

4) Tiendas, bodegas o abarroterias pequenas, o supermercados pequenos?

- Nunca  
 Menos de una vez por semana  
 1-2 veces por semana  
 3-4 veces por semana  
 5 veces o mas or semana  
 No sabe/No Esta Seguro(a)  
 Rehusa

5) Tienda de frutas/vegetales/verduras, verdurerias, mercados, o 'Farmer's market'?

- Nunca  
 Menos de una vez por semana  
 1-2 veces por semana  
 3-4 veces por semana  
 5 veces o mas or semana  
 No sabe/No Esta Seguro(a)  
 Rehusa

---

**4. Por favor indique si usted esta de acuerdo con las siguientes declaraciones sobre su vecindario, lo que son las 12 cuadras o una milla o una caminata de 20 minutos alrededor de su hogar. Use la escala: Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, Muy en desacuerdo.**

1) Es facil comprar frutas y vegetales frescos en mi vecindario.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

2) Hay un gran surtido de frutas y verduras frescas disponibles en mi barrio

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

3) Las frutas y verduras frescas en mi barrio son de buena calidad

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

4) Es facil comprar productos bajos en grasa en mi vecindario (como leche baja en grasa y carnes magras/bajas en grasa).

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

5) Hay un gran surtido de alimentos con poca grasa disponibles en mi barrio

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

6) Los productos bajos en grasa en mi vecindario son de alta calidad.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

7) Es facil comprar productos hechos con granos enteros/integrales en mi vecindario (como arroz integral, panes y cereales integrales).

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

8) Hay una seleccion grande de productos integrales en mi vecindario.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

9) Los productos integrales en mi vecindario son de alta calidad.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

10) Es facil comprar productos pesqueros frescos (como pescado y mariscos frescos) en mi vecindario.

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

11) En mi barrio, hay muchos sitios para comprar fast foods o comidas rapidas (incluye lugares como McDonalds, Taco Bell, KFC, y pizza para llevar)

- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/ No esta Seguro(a)  
 Rehusa

---

**5. Ahora quisiera hacer algunas preguntas sobre las instalaciones que puede ser que no esten/sean disponibles en su area. Por favor indique si existe alguna de estas instalaciones dentro de lo que son las 12 cuadras o una milla o una caminata de 20 minutos alrededor de su hogar.**

1) Parque publico

- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

- 2) Cancha de basquet, cancha de tenis, o parque de deportes que sea publico
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 3) Piscina/alberca o playa publica
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 4) Escuelas, universidades y centros comunitarios con instalaciones recreacionales gratuitas y abiertas al publico
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 5) Gimnasios, clubs, o piscinas/albercas en las cuales hay que pagar y tener membresia
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 6) YMCAs o YWCAs
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 7) Camino/trayectoria para bicicleta (en la calle o en el parque)
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa
- 8) Hay aceras en su vecindario?
- No  
 Si  
 No Sabe  
 Rehusa

---

**6. Para cada una de las frases que le voy a leer, por favor digame si esta de acuerdo.**

**Puede decir que esta muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, o muy en desacuerdo. Recuerde que cuando digo su barrio me refiero al area que queda a 20 minutos caminando o a una milla alrededor de su hogar.**

**Puede decir que esta muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo, o muy en desacuerdo. Recuerde que cuando digo su barrio me refiero al area que queda a 20 minutos caminando o a una milla alrededor de su hogar.**

- 1) En mi barrio hay mucha basura por la calle
- Muy de acuerdo  
 De acuerdo  
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 En desacuerdo  
 Muy en desacuerdo  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

- 2) En mi barrio hay mucho ruido
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 3) En mi barrio los edificios y los hogares estan bien mantenidos
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 4) Los edificios y los hogares de mi barrio son interesantes
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 5) Mi barrio es agradable
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 6) Hay cosas interesantes para hacer en mi barrio
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 7) Mi barrio ofrece muchas oportunidades para hacer ejercicio fisico
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 8) En mi barrio hay clubes de deportes y otras instalaciones que ofrecen muchas oportunidades para hacer ejercicio
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 9) Es agradable caminar por mi barrio
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa

- 10) En mi barrio los arboles dan suficiente sombra
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 11) En mi barrio hay mucho trafico
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 12) Cuando uno camina por mi barrio hay que cruzar calles con mucho trafico
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 13) En mi barrio es facil caminar a distintos lugares
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 14) Hay negocios a los que se puede caminar desde mi hogar
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 15) Muchas veces veo a otras personas caminando por mi barrio
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 16) Muchas veces veo a otras personas haciendo ejercicio por mi barrio, por ejemplo corriendo, andando en bicicleta o haciendo deportes)
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 17) Me siento seguro caminando por mi barrio de dia o de noche
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa

- 18) En mi barrio la violencia es un problema
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 19) En mi barrio no hay delincuencia
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 20) La gente de por aqui esta dispuesta a ayudar a sus vecinos
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 21) Este es un vecindario unido
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 22) La gente en este vecindario generalmente no se lleva bien con otros
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 23) A la gente en este vecindario se le puede confiar
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa
- 24) La gente en este vecindario no comparte los mismos valores
- Muy de acuerdo
  - De acuerdo
  - Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - En desacuerdo
  - Muy en desacuerdo
  - No Sabe/No esta seguro
  - Rehusa

---

**7. Ahora voy a describir algunas cosas que pueden o no haber ocurrido en su barrio. Para cada cosa por favor digame con que frecuencia ha sucedido en su barrio en los ultimos 6 meses.**

1) En los ultimos seis meses, con que frecuencia hubo en su barrio una pelea en la que se uso un arma?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

2) En los ultimos seis meses, hubo peleas de pandillas o gangs en su barrio?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

3) En los ultimos seis meses, hubo asaltos sexuales o violaciones en su barrio?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

4) En los ultimos seis meses, hubo algun robo o asalto en su barrio

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

---

## 8. Ahora quiero preguntarle sobre algunas cosas que puede ser que haga con gente de su barrio.

1) Mas o menos con que frecuencia se hacen favores usted y la gente de su barrio? Cuando digo favores me refiero a cosas como cuidarse los ninos, ayudarse con las compras, prestarse herramientas o cosas del jardin, u otros favores.

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

2) Cuando un vecino no esta en hogar o esta de vacaciones, es comun que usted u otros vecinos vigilen su propiedad?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

3) Es frecuente que usted y los vecinos de su barrio se pidan consejos acerca de cosas personales como los ninos o las oportunidades de trabajo?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

4) Es frecuente que en su barrio haya fiestas o reuniones con los vecinos?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

5) Es frecuente que en su barrio los vecinos se visiten en sus hogares o hablen por la calle?

- A menudo  
 A Veces  
 Raramente  
 Nunca  
 No Sabe/No esta seguro  
 Rehusa

---

---

**9. En una semana tipica durante los pasados 12 meses, como cuanto tiempo diria que usted pasa en su vecindario? Al pensar en el tiempo que usted pasa en su vecindario incluya el tiempo que usted pasa en su hogar (incluyendo las horas de dormir) asi como el tiempo que usted pasa haciendo cosas en su vecindario.**

Cuantas horas pasa usted en su hogar y vecindario en un dia tipico entre semana?

\_\_\_\_\_ (Weekday)

Cuantas horas pasa usted en su hogar y vecindario en un dia tipico de fin de semana?

\_\_\_\_\_ (Weekend)

12. Por cuanto tiempo ha vivido usted en este vecindario? Piense en su vecindario como el area dentro de una caminata de 20 minutos (o una milla o 12 cuadras) alrededor de su hogar.

\_\_\_\_\_ (Anos)

\_\_\_\_\_ (Meses (aproxime al mes completo mas cercano, pero que sea < 12 meses))

---

---

**INTERVIEWR COMENTARIOS:**

\_\_\_\_\_



# Obs Interviewers Observations

---



---

## (OBS) INTERVIEWER'S OBSERVATIONS AND COMMENTS

INTERVIEWER: Completar la siguiente seccion al concluir la entrevista:

1. Idioma utilizado durante la entrevista:
- Ingles  
 Espanol  
 Ambos, espanol e ingles
2. Sample Person Status
- Normalmente movil  
 En cama solamente  
 En silla de ruedas solamente
3. Mental Condition
- A ratos confundido  
 Impedimento cognitivo  
 Sin observacion  
 Normal
- 4a. Vista:
- Ciego(a)  
 Deficiente  
 Sin observacion  
 Normal
- 4b. Con o sin anteojos? Pregunte sobre el uso de lentes de contacto
- Con anteojos/lentes de contacto  
 Sin anteojos/lentes de contacto
- 5a. Audicion:
- Sordo(a)  
 Deficiencia severa  
 Deficiencia/Impedimento leve  
 Sin observacion  
 Normal
- 5b. Utiliza aparato auditivo?
- No  
 Si
6. Andar:
- Normal  
 Arrastra el pie  
 Dificultad manteniendo su balance  
 Otro
- Otro, especifique \_\_\_\_\_
7. Otros problemas: \_\_\_\_\_
- 7a. Amputaciones:
- Arriba de la cintura  
 Inferior a la cintura  
 Normal
- 7b. Temblores:
- Arriba de la cintura  
 Inferior a la cintura  
 Normal
- 7c. Deformidad:
- Arriba de la cintura  
 Inferior a la cintura  
 Normal
- 7d. Perdida de funcion:
- Arriba de la cintura  
 Inferior a la cintura  
 Normal

7e. Otro:

- Arriba de la cintura
- Inferior a la cintura
- Normal

8. Tono de la piel:

- Oscuro
- Mediano
- Claro
- Blanco

9. Como calificar? a la habilidad del Sujeto para entender ingles?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Pasable/Aceptable
- Pobre/Mala
- NA: no se hablo ingles durante la entrevista
- 

10. Como calificar? a la habilidad del Sujeto para hablar en espanol claramente?

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Pasable/Aceptable
- Pobre/Mala
- NA: no se hablo ingles durante la entrevista

11. Tipo de estructura: vivienda en la que vive el Sujeto:

- Trailer
- Casa de familia individual
- Duplex/casa de dos viviendas
- Casa convertida en apartamentos
- Unidad con 3 viviendas o mas, 3 pisos o menos
- Apartamento en edificio con 5 viviendas o mas, 3 pisos o menos
- Apartamento en edificio con 5 viviendas o mas, 4 pisos o mas
- Apartamento en estructura comercial
- Pension/Casa de huéspedes; estructura no-especifica
- Otro

12. Comentarios adicionales:

---

# End Of Interview

---

---

## END OF INTERVIEW

Please fill in the time for each interview session

---

---

### Date & Duration of

#### First Interview Session:

2a. END TIME:

\_\_\_\_\_  
((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

3a. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(HR(S))

3b. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(MIN(S))

---

---

### Date & Duration of

#### Second Interview Session:

5a. END TIME:

\_\_\_\_\_  
((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

6a. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(HR(S))

6b. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(MIN(S))

---

---

### Date & Duration of

#### Third Interview Session:

8a. END TIME:

\_\_\_\_\_  
((Please click on the NOW button and DO NOT enter the time manually))

9a. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(HR(S))

9b. DURATION:

\_\_\_\_\_  
(MIN(S))