



Jean Mayer USDA Human Nutrition Research Center on Aging at Tufts University



FINAL HOME INTERVIEW

Date: ___ / ___ / ___
Mo./Day/Year

Participant ID: _____

**(SUBJ) IDENTIFICACION DEL PARTICIPANTE
SUBJECT IDENTIFICATION**

1. Fecha (Date)	____ / ____ / _____ (mes/día/año)
2. Fecha de 1 ^{ra} entrevista (Date of 1 st interview)	____ / ____ / _____ (mes/día/año)
3. Entrevistador(a) (Interviewer)	a. Nombre (Name) _____ b. Identificación (ID) _____
4. Nombre del Participante (Participant's Name)	a. Nombre (First name) _____ b. Apellido (Last name) _____
5. Dirección (Address)	a. Calle (Street) _____ b. Ciudad (City) _____ c. Estado (State) _____ d. Código Postal (Zip Code) _____
6. Número de Teléfono (Telephone Number)	____ - ____ - _____ ____ - ____ - _____
7. Fecha de Nacimiento (Birth Date)	____ / ____ / _____ (mes/día/año)
<p>8. En caso necesitemos contactarlo(a) y se nos hiciera difícil encontrarlo(a) al número de telefono y dirección que nos ha proporcionado, ¿Quién sabrá donde encontrarlo(a)?</p> <p><i>Códigos (codes):</i></p> <p>2. Esposo(a) (Spouse) 3. Hijo/Hijastro (Son/Stepson) 4. Hija/Hijastra (Daughter/Stepdaughter) 5. Hermano/Cuñado (Brother/Brother-in-law) 6. Hermana/Cuñada (Sister/Sister-in-law) 7. Nieto (Grandson) 8. Nieta (Granddaughter) 9. Otro (Other)</p>	<p>A. NOMBRE: _____ 1. Nombre (First name) _____ 2. Apellido (Last name) _____</p> <p>B. PARENTESCO (Relation): _____ (code)</p> <p>C. DIRECCIÓN: _____ 1. Calle (Street) _____ 2. Ciudad (City) _____ 3. Estado (State) _____ 4. Código postal (Zip Code) _____</p> <p>D. TELÉFONO: _____ -----</p> <p>A. NOMBRE: _____ 1. Nombre (First name) _____ 2. Apellido (Last name) _____</p> <p>B. PARENTESCO (Relation): _____ (code)</p> <p>C. DIRECCIÓN: _____ 1. Calle (Street) _____ 2. Ciudad (City) _____ 3. Estado (State) _____ 4. Código postal (Zip Code) _____</p> <p>D. TELÉFONO: _____</p>
<p>9. Si el S no es el informante, identifique el parentesco del co-informante y anote su información de contacto ... (If Co-Informant was used, please indicate the Co-Informant's contact and identifying information.)</p> <p><i>Códigos (codes): (use same as above)</i></p>	<p>A. NOMBRE: _____ 1. Nombre (First name) _____ 2. Apellido (Last name) _____</p> <p>B. PARENTESCO (Relation): _____ (code)</p> <p>C. DIRECCIÓN: _____ 1. Calle (Street) _____ 2. Ciudad (City) _____ 3. Estado (State) _____ 4. Código postal (Zip Code) _____</p> <p>D. TELÉFONO: _____</p>

**INFORMACION DE IDENTIFICACION
IDENTIFYING INFORMATION**

Instrucciones: A continuación, le haré preguntas acerca de su médico de cabecera. (I will now ask some questions regarding your primary care physician)

<p>10A. ¿Le gustaría que enviáramos una copia de sus resultados de muestras de sangre a su médico?</p> <p>10B. If YES: Nos puede proporcionar el nombre, dirección y número de teléfono de su médico de cabecera?</p>	<p>A. 1. Si 0. No</p> <p>B.</p> <p>Nombre (Name)_____</p> <p>Teléfono (Telephone)_____</p> <p>Dirección (Address)_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>11. Número de Seguro Social (SSN)</p>	<p>_____ - _____ - _____ 97. Refused</p>

**(BPA) PRESION ARTERIAL
BLOOD PRESSURE**

	1. SISTOLICA	2. DIASTOLICA	3. PULSO	4. HORA
A. TOMA 1				_____ : _____ a.m./p.m.
B. TOMA 2				_____ : _____ a.m./p.m.

**(DS) ESCALA DE DEPRESION
DEPRESSION SCALE**

Instrucciones: Ahora voy a leer una serie de comentarios hechos por distintas personas. Después de que yo lea cada comentario, quiero que Ud. me diga si Ud. mismo(a) se ha sentido de dicha manera durante la última semana. Por favor, dé su respuesta basándose en la semana pasada y utilizando las siguientes categorías: [LEER CATEGORIAS]. (I will now read out loud a series of comments made by different people. After I read each one of them, I would like for you to tell me if you have felt in such a way during the past week. Please use the following categories: [READ CATEGORIES].)

Durante la semana pasada, esto es desde (fecha) hasta el día de hoy:	Raramente/ ninguna vez (Rarely or never)	Alguna vez/ pocas veces (Some or few times)	Ocasionalmente/ una cantidad moderada (Occasionally/a moderate amount)	La mayor parte/ todo el tiempo (Most of the time/ all of the time)
1. ¿Le molestaron cosas que usualmente no le molestan?	0	1	2	3
2. ¿No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito?	0	1	2	3
3. ¿Se sentía que no podía quitarse de encima la tristeza aun con la ayuda de su familia o amigos?	0	1	2	3
4. ¿Sentía que usted era tan bueno(a) como cualquier otra persona? *	3	2	1	0
5. ¿Tenía dificultad en mantener su mente en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3
6. ¿Se sentía deprimido(a)?	0	1	2	3
7. ¿Usted sentía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	0	1	2	3
8. ¿Se sentía optimista sobre el futuro? *	3	2	1	0
9. ¿Penso que su vida había sido un fracaso?	0	1	2	3
10. ¿Se sintió con miedo?	0	1	2	3
11. ¿Su sueño era inquieto?	0	1	2	3
12. ¿Estuvo contento? *	3	2	1	0
13. ¿Habló menos de lo usual?	0	1	2	3
14. ¿Se sintió solo(a)?	0	1	2	3
15. ¿La gente no era amistosa con usted?	0	1	2	3
16. ¿Disfrutó de la vida? *	3	2	1	0
17. ¿Paso ratos llorando?	0	1	2	3
18. ¿Se sintió triste?	0	1	2	3
19. ¿Sintió que no le caía bien a la gente?	0	1	2	3
20. ¿No tenía ganas de hacer nada?	0	1	2	3

*scored in reverse

**(PAS) ESCALA DE ACULTURACION PSICOLOGICA
PSYCHOLOGICAL ACCULTURATION SCALE**

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]**. (The purpose of the following ten questions is to understand your cultural preferences. We are interested in learning which group—either Puerto Ricans or Americans—you feel most comfortable with and can best identify with. Please use the following categories to give your answer: **[READ CATEGORIES]**).

	Solo con PR (Only w/PR)	Más con PR que Americanos (More w/PR than Americans)	Igual entre PR y Americanos (Same among PR and Americans)	Más con Americanos que PR (More w/Americans than PR)	Solo con Americanos (Only w/ Americans)
1. ¿Con qué grupo de personas siente que comparte la mayoría de sus creencias y valores ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
2. ¿Con qué grupo de personas siente que tiene más en común ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
3. ¿Con qué grupo de personas se siente más cómodo(a) ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
4. En su opinión, ¿Qué grupo de personas mejor entiende sus ideas (su forma de pensar)?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
5. ¿De qué cultura se siente orgulloso(a) de ser miembro?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
6. ¿En qué cultura sabe cómo se hacen las cosas y siente que puede hacerlas con facilidad ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
7. ¿En qué cultura se siente seguro(a) de que sabe cómo comportarse ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
8. En su opinión, ¿a qué grupo de personas Ud. entiende mejor ?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
9. ¿En qué cultura sabe lo que se espera de una persona en varias situaciones?	1-----	2-----	3-----	4-----	5
10. ¿Sobre qué cultura conoce más (por ejemplo, su historia, sus tradiciones, y sus costumbres)?	1-----	2-----	3-----	4-----	5

(PPT) EXAMENES DE FUNCION FISICA PHYSICAL PERFORMANCE TESTS

1. Medidas de Fuerza de la Mano

Instrucciones: Para medir la fuerza de sus manos, por favor póngase 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 cirugía 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]**

1A. Graduación (Setting): <i>INTERVIEWER: set the dynamometer to the size of the hand of the Subject and record that size here.</i>	_____ . _____ Kg.	
Medidas (Measurements)	1. Mano Derecha (Right Hand) Fuerza en Kg (Force in Kg)	2. Mano Izquierda (Left Hand) Fuerza en Kg (Force in Kg)
1B. Prueba 1 (Trial 1)	_____ . _____ Kg.	_____ . _____ Kg.
1C. Prueba 2 (Trial 2)	_____ . _____ Kg.	_____ . _____ Kg.
1D. Prueba 3 (Trial 3)	_____ . _____ Kg.	_____ . _____ Kg.

2. Zapatear Círculos

Instrucciones: Para observar la coordinación entre su pie y su ojo, ponga su pie aquí entre los círculos de esta alfombra. Quiero que toque los círculos con la bola de su pie, alternando, diez veces tan rápido como pueda. Comenzaremos con el pie derecho, y luego lo haremos con el pie izquierdo.

	1. Pie Derecho (Right Foot)	2. Pie Izquierdo (Left Foot)
2A. Número de pisadas (Number of Taps) 96. Tried, Unable 97. Refused 98. Not performed; safety reasons 99. NA	_____ pisadas (taps)	_____ pisadas (taps)
2B. Tiempo requerido: <i>máximo 30 segundos</i> (Time for taps: <i>30 seconds maximum</i>)	_____ . _____ sec.	_____ . _____ sec.

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 póngase de pie y siéntese 5 veces seguidas, tan rápido como pueda hacerlo, sin usar sus brazos para ayudarse.

3A. Altura de la silla (Chair Height: <i>From floor to lowest point of chair</i>)	_____ . _____ cm.
3B. Levantarse de una silla (Chair stands) <i>Instrucciones:</i> Debe estar sentado(a) y levantarse de la silla 5 veces tan rápido como usted pueda <u>sin usar sus brazos para ayudarse.</u>	3B1. _____ # completadas (# completed) 97. Refused 98. Tried, But Unable 3B2. 1. Not attempted, safety reasons 2. Not attempted, chair bound 3. Not attempted, no suitable chair 4. Not attempted, other: Specify _____ (code)
3C. Tiempo (Time: <i>If five stands done successfully</i>)	_____ . _____ sec.

4. Postura en Semi-Equilibrio

Instrucciones: Para evaluar su balance, quiero que Ud. se ponga de pie, con el talón de un pie tocando el dedo gordo del otro pie, y que mantenga esta posición 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 más cómodo(a). **[If Subject needs a walking aid to perform this test, code 0 and skip PPT tests 4-6.]**

<p>4A. Tiempo: <i>máximo 10 segundos</i> (Time: <i>10 seconds maximum</i>)</p> <p>Instrucciones: <i>Trate de mantener esta posición hasta que yo le diga alto.</i></p>	<p>_____ sec. (maximum: 10 sec)</p> <p>996. Tried but unable 997. Refused 998. Not performed for safety reasons 999. NA 0. Walking aid needed to perform test</p> <p>(If coded as 0, or 996-999, skip tests 4, 5, 6)</p>
<p>4B. Movimientos compensatorios (Compensatory movements)</p>	<p>a. Moves arms 0. No 1. Yes b. Trunk swaying 0. No 1. Yes</p>

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 talón de un pie delante del otro pie. Use el pie con el cual se siente más cómodo.

<p>5A. Tiempo: <i>máximo 10 segundos</i> (Time: <i>10 seconds maximum</i>)</p> <p>Instrucciones: <i>Trate de mantener esta posición hasta que yo le diga alto.</i></p>	<p>_____ sec. (maximum: 10 sec)</p> <p>996. Tried but unable 997. Refused 998. Not performed for safety reasons 999. NA</p> <p>(If coded as 996-999, go to NEXT SECTION)</p>
<p>5B. Movimientos compensatorios (Compensatory movements)</p>	<p>a. Moves arms 0. No 1. Yes b. Trunk swaying 0. No 1. Yes</p>

6. Postura en Equilibrio – Ojos Cerrados

Instrucciones: Ahora, quiero que Ud. se ponga de pie como lo hizo en la prueba anterior (con un pie delante del otro), pero esta vez haremos la prueba con los ojos cerrados. Trate de mantener esta posición con los ojos cerrados hasta que yo le diga alto.

<p>6A. Tiempo: <i>máximo 10 segundos</i> (Time: <i>10 seconds maximum</i>)</p> <p>Instrucciones: <i>Trate de mantener esta posición hasta que yo le diga alto.</i></p>	<p>_____ sec. (maximum: 10 sec)</p> <p>996. Tried but unable 997. Refused 998. Not performed for safety reasons 999. NA</p> <p>(If coded as 996-999, go to NEXT SECTION)</p>
<p>6B. Movimientos compensatorios (Compensatory movements)</p>	<p>a. Moves arms 0. No 1. Yes b. Trunk swaying 0. No 1. Yes</p>

(PSS) ESCALA DE PERCEPCION DE ESTRES
PERCEIVED STRESS SCALE

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

En el último mes...	Nunca (Never)	Casi Nunca (Almost Never)	De vez en Cuando (Every now and then)	A Menudo (Often)	Muy a Menudo (Very often)
1. ¿...con qué frecuencia ha estado afectado(a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿...con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿...con qué frecuencia se ha sentido nervioso(a) o estresado(a)?	0	1	2	3	4
4. ¿...con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas de la vida que le molestan? *	4	3	2	1	0
5. ¿...con qué frecuencia ha sentido que ha enfrentado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? *	4	3	2	1	0
6. ¿...con qué frecuencia ha estado seguro(a) sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? *	4	3	2	1	0
7. ¿...con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? *	4	3	2	1	0
8. ¿...con qué frecuencia ha sentido que no ha podido lidiar con todas las cosas que ha tenido que hacer?	0	1	2	3	4
9. ¿...con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? *	4	3	2	1	0
10. ¿...con qué frecuencia se ha sentido en control de todo? *	4	3	2	1	0
11. ¿...con qué frecuencia ha estado enfadado(a) porque le ocurrieron cosas que estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. ¿...con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr o hacer?	0	1	2	3	4
13. ¿...con qué frecuencia ha podido controlar la manera de usted pasar el tiempo? *	4	3	2	1	0
14. ¿...con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

* scored in the reverse

(MSS) ESCALA MAHES DE ESTRESS
MAHES STRESS SCALE

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

En el último mes...	Nunca	Casi Nunca	De vez en Cuando	A Menudo	Muy a Menudo
1. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por su salud?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por los problemas de otras personas?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia ha tenido miedo de que el dinero no le fuera a rendir lo suficiente?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha pensado que no podía contar con nadie si lo necesitaba?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por la pérdida de familiares y amigos?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por su seguridad personal?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por su futuro?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia ha pensado que otras personas no entendían sus preocupaciones o inquietudes?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado de no poder completar todo lo que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado por problemas o situaciones inesperadas?	0	1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso(a) debido a problemas en su vida?	0	1	2	3	4
12. ¿Con qué frecuencia se ha preocupado porque no podía conseguir la ayuda que necesitaba?	0	1	2	3	4

(COPE) Brief COPE (Spanish)

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. enfrentó y se adaptó a esa situación difícil. Porfavor utilice las siguientes respuestas [LEER OPCIONES]. (The following are some ways of coping with situations. Think of a difficult situation you had to face during the past year. We want to know how you coped with that difficult situation. Please use the following answer options [READ ANSWER OPTIONS]).

	No hice esto en lo absoluto	Hice esto un poco	Hice esto con cierta frecuencia	Hice esto con mucha frecuencia
1. Yo me enfoqué en el trabajo u otras actividades para distraer mi mente.	1	2	3	4
2. Yo concentré mis esfuerzos para hacer algo acerca de la situación en la que estaba.	1	2	3	4
3. Yo me dije a mi mismo(a), esto no es real.	1	2	3	4
4. Yo usé alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	1	2	3	4
5. Yo recibí apoyo emocional de otras personas.	1	2	3	4
6. Yo me di por vencido(a) de tratar de lidiar con esto.	1	2	3	4
7. Yo tomé acción para poder mejorar la situación.	1	2	3	4
8. Yo rehusé creer que esto hubiera pasado.	1	2	3	4
9. Yo dije cosas para dejar escapar mis sentimientos desagradables.	1	2	3	4
10. Yo usé alcohol u otras drogas para que me ayudaran a pasar por esto.	1	2	3	4
11. Yo traté de verlo con un enfoque distinto para que pareciera mas positivo.	1	2	3	4
12. Yo traté de crear una estrategia para saber que hacer.	1	2	3	4
13. Yo recibí apoyo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
14. Yo dejé de hacerle frente a la situación en la que estaba.	1	2	3	4
15. Yo busqué algo bueno en lo que estaba pasando.	1	2	3	4
16. Yo hice bromas acerca de esto.	1	2	3	4
17. Yo hice algo para pensar menos en esto, como ir al cine, ver T.V., leer, soñar despierto(a), dormir, o ir de compras.	1	2	3	4
18. Yo acepté la realidad de que esto haya pasado.	1	2	3	4
19. Yo expresé mis pensamientos negativos.	1	2	3	4
20. Yo traté de encontrar apoyo en mi religión o mis creencias espirituales.	1	2	3	4
21. Yo aprendí a vivir con esto.	1	2	3	4
22. Yo pensé mucho cuales eran los pasos a tomar.	1	2	3	4
23. Yo recé o medité.	1	2	3	4
24. Yo hice gracia de la situación.	1	2	3	4

**(HHC) SALUD Y SERVICIOS DE SALUD
HEALTH AND HEALTH CARE**

Instrucciones: A continuación haré una serie de preguntas con respecto a su salud y el cuidado médico que ha recibido desde su última entrevista. (To continue, I will ask a series of questions regarding your health status and health care since your last interview.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____			
1. ¿Podría decirse que, en general, desde su última entrevista su salud ha sido excelente, muy buena, buena, regular o mala?	1. Excelente (Excellent) 2. Muy Buena (Very Good) 3. Buena (Good) 4. Regular (Fair) 5. Mala (Poor)		
2. Desde su última entrevista, ¿a dónde ha acostumbrado Ud. acudir cuando ha estado enfermo(a), o necesitado consultar con alguien sobre cuestiones de salud?	1. Doctor de atención primaria (Primary care doctor) 2. Centro de Salud (Neighborhood Clinic) 3. Sala de Emergencia (Emergency room) 4. Otro (Other) _____	0. No 0. No 0. No 0. No	1. Si 1. Si 1. Si 1. Si
3. ¿Cuánto tiempo hace desde su visita o consulta médica más reciente?	1. Menos de 1 mes (Less than 1 month) 2. 1 mes/menos de 6 meses (1 month/less than 6 months) 3. 6 meses/menos de 1 año (6 months/less than 1 year) 4. 1 año/menos de 5 años (1 year/less than 5 years) 5. 5 años o más (5 or more years) 98. No sabe (dk)		
4. En general, ¿qué tan satisfecho(a) quedó Ud. con el cuidado médico que recibió durante su última visita? ¿Diría Ud. que quedó muy satisfecho(a), satisfecho(a), algo satisfecho(a), o nada satisfecho(a)?			1. Muy satisfecho(a) (Very satisfied) 2. Satisfecho(a) (Satisfied) 3. Algo satisfecho(a) (Somewhat satisfied) 4. Nada satisfecho(a) (Not at all satisfied)
5. Algunas veces la gente encuentra dificultades en obtener cuidado médico. Desde su última entrevista, ¿ha experimentado Ud. problema alguno en obtener cuidado médico?			1. Si 0. No (If NO, go to NEXT SECTION)
5A. If YES: ¿Por qué? DO NOT READ ANSWERS. USE THEM TO CODIFY SUBJECTS' RESPONSE. CIRCLE UP TO 3 CHOICES THAT APPLY.	0. No/ninguna dificultad (None) 1. No había disponibilidad en el momento necesario (Care was unavailable when needed) 2. El costo monetario del cuidado (Monetary cost) 3. No sabía a donde ir (Did not know where to go) 4. No tenía manera de llegar/cómo llegar (Did not have a way to get there) 5. El horario no era conveniente (Clinic hours were not convenient) 6. La lista de espera era demasiado larga (Waitlist was too long) 7. Esto significaría faltar al trabajo y/o recibir menos paga (S would lose pay from work) 8. La espera en la clínica era demasiado larga (Waiting time in the clinic was too long) 9. El personal de la oficina/clínica fue irrespetuoso (Office/clinic staff was disrespectful) 10.No le tenía confianza al personal de enfermería, etc (S had no confidence in the staff) 11.El personal no hablaba español (Personnel did not speak Spanish) 12.Ningún miembro del personal en la oficina/clínica era hispano (There were no Hispanic staff members at the office/clinic) 13.Otra razón (Other reason): _____		

(MED) DIAGNOSTICOS MEDICOS (MEDICAL DIAGNOSES)

Instrucciones: A continuación haré una serie de preguntas con respecto a varios diagnósticos médicos que puede haber recibido desde su última entrevista. (Next, I will ask a series of questions regarding a variety of medical diagnoses that you might have received since your last interview.) **INTERVIEWER:** Refiérase al reporte de las respuestas de la primera entrevista y pregunte si cada diagnóstico ha ocurrido en los últimos dos años. (Please refer to report of past responses and probe whether each diagnoses has occurred within the last two years.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____								
¿Alguna vez un MEDICO le ha dicho que padece de alguna de las siguientes enfermedades/condiciones?	NO	SI	¿Toma medicamento para esto?		¿Esta condición, le molesta actualmente?		¿Durante los últimos 2 años?	
1. ¿Diabetes?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
2. ¿Presión alta/Hipertensión?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
3. ¿Sobrepeso/Obesidad?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
4. ¿Artritis?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
5. ¿Osteoporosis (fractura de la cadera)?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
6. ¿Ataque al corazón?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
7. ¿Enfermedad del corazón (que no sea ataque al corazón)?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
8. ¿Accidente cerebrovascular (derrame)?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
9. ¿Problemas respiratorios (Ej.: enfisema, bronquitis crónica, asma)?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
10. ¿Enfermedad del hígado o de la vesícula?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
11. ¿Enfermedad de los riñones?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
12. ¿Problemas del estómago, úlceras estomacales, problemas en la evacuación de los intestinos?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
13. ¿Enfermedad de Parkinson?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
14. ¿Cáncer de la piel?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
15. ¿Otro tipo de cáncer? _____	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
16. ¿Enfermedad de los ojos: Cataratas o Glaucoma?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
17. ¿Ansiedad?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
18. ¿Depresión?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
19. ¿Ataques, convulsiones?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
20. ¿Tuberculosis?	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
21. ¿Hepatitis? (Tipo A, B, o C) _____	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
22. SIDA/VIH+ (positivo)	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
23. Otro _____	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si
24. Otro _____	0	1	0. No	1. Si	0. No	1. Si	0. No	1. Si

MENOPAUSIA: Mujeres (MENOPAUSE: Women)

INTERVIEWER: Por favor observar reporte de respuestas anteriores. Si la persona ya había pasado por la menopausia durante la primera entrevista, salte a la siguiente sección. (Please look at report with past responses and if subject experienced menopause during first interview, skip to the next section.)

1. ¿Después de su última entrevista, pasó Ud. o actualmente está pasando Ud. por la menopausia?	1. Si 0. No (If NO, go to NEXT SECTION)
2. ¿Ha tenido una histerectomía? 2A. If YES to #2, ¿a que edad o en que año tuvo la cirugía?	1. Si 0. No Edad (Age) _____ o Año (Year) _____ (Go to NEXT SECTION)
3. ¿A qué edad tuvo usted su última menstruación?	Edad (Age) _____ o Año (Year) _____

(PMED) MEDICAMENTOS POR RECETA MÉDICA (Prescription Medications)

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

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____	
Nombre del medicamento (Medication Name)	Tiempo de uso (How long using?) Códigos: 1. Menos de un (1) año (< 1 yr) 2. De uno (1) a cinco (5) años (1-5 yrs) 3. Más de cinco (5) años (> 5 yrs)
1.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
2.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
3.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
4.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
5.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
6.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
7.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
8.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
9.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
10.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
11.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
12.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
13.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
14.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
15.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
16.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
17.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
18.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
19.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
20.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
21.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
22.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
23.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
24.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs
25.	1. <1 yr 2. 1-5 yrs 3. >5 yrs

(OCMED) MEDICAMENTOS SIN RECETA MEDICA (Over-the-Counter Medications)

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

Nombre del medicamento (Medication Name)
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.
21.
22.
23.
24.
25.

**(BPB) PRESION ARTERIAL
BLOOD PRESSURE**

	1. SISTOLICA	2. DIASTOLICA	3. PULSO	4. HORA
A. TOMA 1				___ : ___ a.m./p.m.
B. TOMA 2				___ : ___ a.m./p.m.

(INS) SEGURO MEDICO (HEALTH INSURANCE)

Instrucciones: En la siguiente sección, le haré una serie de preguntas con respecto a su seguro médico. (In this following section, I will ask you a series of questions regarding your health insurance. **INTERVIEWER:** Indique en la Pregunta #1, el seguro médico reportado por el sujeto durante su primera entrevista (Please insert in question 1 the insurance plan reported by subject during the first interview)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____		
1. En su ultima entrevista usted mencionó que su seguro médico era (INSERT) _____. ¿Tiene Ud. aun el mismo seguro médico?	0. No	1. Si (If YES go to #3)
2. ¿Qué tipo de seguro médico tiene Ud. ahora? (CIRCLE ALL THAT APPLY)	1. Medicare 2. MASS Health 3. Boston Health Net 4. NHP 5. Fallon 6. Tufts 7. HPHC 8. HMO Blue 9. Travelers 10. Other: _____ 11. Other: _____ 12. None	0. No 1. Si 0. No 1. Si
3. ¿Es el costo del cuidado médico un obstáculo (o problema) para que Ud. busque cuidado médico (cuando lo necesita)?	0. No	1. Si
4. ¿El costo del cuidado médico le atrasa o impide seguir las recomendaciones de su doctor?	0. No	1. Si
5. Durante los últimos 10 años, ¿Pasó Ud. por un período de 6 meses o más sin estar cubierto(a) por un seguro médico?	0. No	1. Si

(TOB) HABITOS DE SALUD: USO DE TABACO (Tobacco Use)

Instrucciones: Ahora quisiera preguntarle sobre el uso de tabaco. (Now, I would like to ask you about the use of tobacco.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____		
1. ¿Fuma usted actualmente?	0. No (If NO, GO TO NEXT SECTION)	1. Si
2. ¿Cuántos cigarrillos, cigarros o pipas fuma usted regularmente por día? (cajetilla = 20 cigarrillos)	1. Cigarrillos _____	2. Cigarros _____ 3. Pipas _____

(ALC) HABITOS DE SALUD: CONSUMO DE ALCOHOL (Alcohol Use)

Instrucciones: Las siguientes preguntas se refieren al consumo de bebidas alcohólicas. Esto incluye cervezas, vinos, vinos refrescantes, licores como whiskey, ginebra, ron o vodka, cocteles, y bebidas mixtas que contengan licor. (The following questions refer to alcohol consumption, including wine, spirits, liquors like whiskey, gin, rum or vodka, cocktails, and mixed alcoholic beverages.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____		
1. ¿Actualmente, toma Ud. alcohol?	1. Si 0. No (If NO, GO TO NEXT SECTION)	
2. En promedio, ¿Con qué frecuencia toma Ud. <u>alguna</u> bebida alcohólica?	A. _____ # de días por (# days per...)	B. 1. Semana (Week) 2. Mes (Month) 3. Año (Year)
3. ¿Qué es lo que normalmente toma? (CIRCLE ALL THAT APPLY)	1. Cerveza (Beer) 3. Vino (Wine) 5. Whiskey	2. Ron (Rum) 4. Ginebra (Gin) 6. Otro (Other) _____ _____ (code)
4. En promedio, en los días que toma alcohol, ¿Cuántas bebidas se toma al día? Una bebida equivale a una cerveza de 12 oz., una copa de vino de 4 oz., o una onza de licor.	_____ bebidas (drinks)	

**(ACT) ACTIVIDAD FISICA
PHYSICAL ACTIVITY**

Instrucciones: Ahora me gustaría preguntar sobre las diferentes actividades que conforman un día típico en su vida. Voy a nombrar una serie de actividades, y para cada una de ellas quiero que cuente cuantas horas al día pasa Ud. haciendo cada actividad. Pensémos en la última semana, como ejemplo. (Now, I would like to ask you about the different activities you do every day. I will read out loud a list of daily activities, and would like for you to tell me how many hours you spend every day on each given activity.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____		
La semana pasada, en un DIA NORMAL ENTRE SEMANA (después hablaremos de los fines de semana), cuánto tiempo pasó Ud...:	Horas por día un día entre semana (Hours per day for a usual WEEKDAY): A	Horas por día un día de fin de semana (Hours per day for a usual WEEKEND): B
1. 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.		
2. PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES PESADAS: (caminando rápido, excavando surcos en el jardín, participando en deportes que requieren mucho esfuerzo, corriendo o trotando, nadando sin interrupción, cortando leña, haciendo trabajos pesados de carpintería, corriendo en bicicleta en terreno inclinado etc.)		
3. 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 jardinería, pintando con brocha gorda, haciendo reparaciones menores, haciendo trabajos ligeros de carpintería, manejando bicicleta en terreno plano, etc.)		
4. PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES LIVIANAS: (haciendo trabajo de oficina, haciendo trabajos ligeros en el hogar, manejando un carro, paseándose, ocupándose de su aseo personal, manteniéndose de pie pero sin moverse para arriba y para abajo, etc.)		
5. PARTICIPANDO EN ACTIVIDADES QUE SE PUEDEN HACER MIENTRAS UNO ESTA SENTADO(A): comer, leer, mirar televisión, escuchar la radio, etc.		
REPEAT QUESTIONS ABOVE FOR COLUMN B ANSWERS		
6. TOTAL: (NOTE: Total for each day should add up to 24 hours).		
7. ¿Podría decirse que la semana pasada Ud. estuvo menos activo(a) que de costumbre, más activo(a), o igual de activo(a) que de costumbre?	1. Menos activo(a) que de costumbre (Less active than usual) 2. Más activo(a) que de costumbre (More active than usual) 3. Igual de activo(a) que de costumbre (As active as usual)	
8. ¿Cuántos pisos de escalera sube Ud. al día?	_____ pisos (flights)	
9. ¿Cuántas cuadras/bloques, o su equivalente en tiempo, camina Ud. cada día?	_____ cuadras (blocks) OR _____ minutos (minutes)	
10. ¿Cuánto tiempo pasa Ud. mirando televisión cada día?	_____ horas (hours)	

(ADL) ESTATUS FUNCIONAL DE ACTIVIDADES DIARIAS
FUNCTIONAL STATUS ACTIVITIES OF DAILY LIVING

Instrucciones: Ahora le voy a leer una lista de actividades que por varias razones—ya sean de salud o impedimento físico—presentan dificultades para algunas personas. Por favor dígame si cuando intenta llevar a cabo estas actividades por si mismo(a), y sin la ayuda de algún equipo especializado, Ud. lo hace: **[LEER CATEGORIAS]**. (I will now read a list of activities which, for various reasons—either health conditions or disability—, some persons may experience difficulty when performing. Please answer if you are able to perform the following activities, without the use of special equipment: **[READ CATEGORIES]**).

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____				
Actividad:	Sin dificultad (With no difficulty)	Con alguna dificultad (With some difficulty)	Con mucha dificultad (With a lot of difficulty)	Imposible hacerlo (Impossible to do)
1. ¿Caminar por un cuarto de milla (2 o 3 bloques/manzanas)?	0	1	2	3
2. ¿Subir 10 escalones de corrido, sin pararse a descansar?	0	1	2	3
3. ¿Salir afuera de su casa o apartamento?	0	1	2	3
4. ¿Caminar de un cuarto a otro en el mismo piso?	0	1	2	3
5. ¿Levantarse de la cama o de sillas?	0	1	2	3
6. ¿Comer, o sea, manipular un tenedor, cortar la comida, beber de un vaso?	0	1	2	3
7. ¿Vestirse por si mismo(a), incluyendo el amarrarse los zapatos, subir y bajar "zippers" o cremalleras, abrir y cerrar botones?	0	1	2	3
8. ¿Bañarse en tina o ducharse?	0	1	2	3
9. ¿Usar el inodoro, incluyendo llegar hasta el mismo por sus propios pies?	0	1	2	3
10. ¿Usar un abrelatas manual?	0	1	2	3
11. ¿Abrir un paquete de alimentos congelados?	0	1	2	3
12. ¿Abrir un cartón de leche o de jugo de china (naranja)?	0	1	2	3
If NO DIFFICULTY with ADL 1-12 above, GO TO #16				
13. Por lo general, ¿necesita Ud. de la ayuda de otra persona para poder llevar a cabo cualquiera de estas actividades que se le hacen difíciles o que son imposibles hacer al intentarlas por si solo(a)?	1. Si 0. No (If NO, GO TO #16)			
14A. If YES: ¿Hay alguien que le presta esta ayuda? 14B. If YES: ¿Está viviendo en el hogar esta persona?	A. 1. Si 0. No (If NO, GO TO #16) B. 1. HH member 2. non-HH member 3. Both HH and non-HH members			
15. ¿Paga Ud. por esta ayuda?	1. Si: el Sujeto (Yes: by Subject) 2. 2A. Si: alguien más (Yes: by other than Subject) 2B. Especifique (Specify): _____ 3. No 99. NA			
16. Por lo general, DENTRO de su casa, ¿usa Ud. aparato alguno para apoyarse al caminar, como [READ OPTIONS] ? (If YES, PROBE: ¿Que usa Ud.?)	0. Ningún (None) 1. Bastón (Cane) 2. Silla de ruedas (Wheelchair) 3. Muletas (Crutches) 4. Andador (Walker) 5. Otro (Other): _____			
17. Por lo general, FUERA de su casa, ¿usa Ud. aparato alguno para apoyarse al caminar, como [READ OPTIONS] ? (If YES, PROBE: ¿Que usa Ud.?)	0. Ningún (None) 1. Bastón (Cane) 2. Silla de ruedas (Wheelchair) 3. Muletas (Crutches) 4. Andador (Walker) 5. Otro (Other): _____			

**(IADL) ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DIARIAS
INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING**

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]. (On this sheet there are specific answers with regards to how difficult some persons may find certain activities. I will ask you questions regarding certain activities and I will ask you to tell me how difficult it is for you to perform these activities by yourself, without the help of special equipment. Please use the following categories to give your answer [READ CATEGORIES].)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____				
Actividad:	Sin dificultad (With no difficulty)	Con alguna dificultad (With some difficulty)	Con mucha dificultad (With a lot of difficulty)	Imposible hacerlo (Impossible to do)
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)?	0	1	2	3
2. ¿Preparar sus propias comidas?	0	1	2	3
3. ¿Hacerse cargo de manejar su propio dinero (por ejemplo, manteniendo un registro de sus gastos y pagando sus cuentas)?	0	1	2	3
4. ¿El ir a comprar efectos para su uso personal (por ejemplo, productos para su aseo personal y medicamentos)?	0	1	2	3
5. ¿El ir a comprar alimentos?	0	1	2	3
6. ¿Usar el teléfono?	0	1	2	3
If NO DIFFICULTY with IADL 1-6 above, go to NEXT SECTION				
7. Por lo general ¿Necesita Ud. de la ayuda de otra persona para poder hacer cualquiera de estas actividades que se le hacen difíciles o que son imposibles llevar a cabo por sí solo(a)?	1. No (If NO, go to NEXT SECTION) 2. Si			
8A. If YES: ¿Hay alguien que le presta esta ayuda?	A. 1. Si 0. No			
8B. If YES: ¿Esta viviendo en el hogar esta persona?	B. 1. HH member 2. Non-HH member 3. Both HH and non-HH members			
9. ¿Alguien paga por esta ayuda?	1. No 2. Si: el Sujeto (Yes: by Subject) 3. Si: alguien más (Yes: by other than Subject) Especifique (Specify): _____			

**(SOC) APOYO Y ASISTENCIA SOCIAL Y COMUNITARIA
SOCIAL AND COMMUNITY SUPPORT & ASSISTANCE**

Instrucciones: Hablemos ahora sobre su vida familiar y sus actividades sociales en la comunidad. (Let's now talk about your family life and social activities within your community.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____	
1. ¿Cuántos hijos(as) tiene Ud., incluyendo hijastros(as), e hijos(as) adoptivos(as) o de crianza que todavía están vivos?	____ hijos(as) (children) (If NONE, enter 00 and GO TO #6)
2. ¿Cuánto tardaría (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive con Ud.) en llegar hasta aquí?	A. _____ # de (# of): B. 1. Minutos (minutes) 2. Horas (hours) 3. Días (days) (If all children live with Subject, enter 00 and GO TO #6)
3. ¿Con qué frecuencia ve Ud. a (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aquí con Ud.)?	A. _____ # de veces (# of times) B. 1. Al día (daily) 2. A la semana (weekly) 3. Al mes (monthly) 4. Al año (yearly) 9. Menos de una vez al año/nunca (less than once a year/never)
4. ¿Con qué frecuencia habla Ud. por teléfono con (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aquí con Ud.)?	A. _____ # de veces (# of times) B. 1. Al día (daily) 2. A la semana (weekly) 3. Al mes (monthly) 4. Al año (yearly) 9. Menos de una vez al año/nunca (less than once a year/never)
5. ¿Con qué frecuencia recibe Ud. correspondencia de (cualquiera de sus hijos(as)/su hijo(a) que no vive aquí con usted)?	A. _____ # de veces (# of times) B. 1. Al día (daily) 2. A la semana (weekly) 3. Al mes (monthly) 4. Al año (yearly) 9. Menos de una vez al año/nunca (less than once a year/never)
6. ¿Cuántos hermanos(as) tiene Ud., incluyendo hermanastros(as) y hermanos(as) adoptivos o de crianza que todavía están vivos?	____ hermanos(as) (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, transportación para adultos mayores, alimentos donados?	1. Si (GO TO #8) 0. No (Go to BPC)

¿Durante los últimos 2 años, cuantas veces utilizó los siguientes servicios?		
Servicio para Adultos Mayores	Número de veces	Frecuencia (1) <i>al día</i> (2) <i>a la semana</i> (3) <i>al mes</i> (4) <i>al año</i> (5) <i>< una vez al año</i> (97) <i>no recuerda</i> (98) <i>no sabe</i>
8. Centro dedicado a personas mayores	___ ___	___ ___
9. Transporte especial para personas mayores	___ ___	___ ___
10. Comidas a domicilio provistas por una agencia, como por ejemplo Meals on Wheels	___ ___	___ ___
11. Alimentos donados (e.j. Programa de Distribución de Alimentos del Departamento de Agricultura)	___ ___	___ ___
12. Agencia que proporciona a los envejecientes una persona que limpie el apartamento y cocine	___ ___	___ ___
13. Agencia que hace llamadas telefónicas para averiguar en qué estado de salud se encuentran las personas mayores	___ ___	___ ___
14. Visitas de una enfermera a domicilio	___ ___	___ ___
15. Visitas a domicilio de una persona que le ayude con su aseo personal	___ ___	___ ___
16. Centro de cuidado diurno para personas mayores	___ ___	___ ___

**(BPC) PRESION ARTERIAL
BLOOD PRESSURE**

	1. SISTOLICA	2. DIASTOLICA	3. PULSO	4. HORA
A. TOMA 1				___ : ___ a.m./p.m.
B. TOMA 2				___ : ___ a.m./p.m.

(NSSQ)

**“CUESTIONARIO NORBECK DE APOYO SOCIAL”
NORBECK SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE**

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 relación que usted tiene con cada una de ellas.

Por ejemplo:

Nombre o iniciales	Relación
1. <u> </u> María T	<u> </u> amiga
2. <u> </u> Roberto	<u> </u> hermano
3. <u> </u> M.T.	<u> </u> madre
4. <u> </u> José	<u> </u> amigo
5. <u> </u> Señora R.	<u> </u> vecina
etc.	

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

- esposo(a) o compañero(a)
- miembros de la familia o parientes
- amigos
- asociados de la escuela o compañeros
- 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 31.

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

Note: Before use, pages 24-26 should be cut along the dashed center line to allow the response lines for questions 1-16 to align with the Personal Network list on page 27.

Para cada una de las personas que usted incluyó en su lista, conteste las siguientes preguntas utilizando el número que corresponde a su respuesta:

0 = nada 3 = bastante
 1 = un poco 4 = mucho
 2 = moderadamente

[EMO1]

Pregunta 1:
 ¿Cuánto le hace esta persona sentirse querido(a)?

[EMO2]

Pregunta 2:
 ¿Cuánto le hace esta persona sentirse admirado(a) o respetado(a)?

1	1
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.
16.	16.

Note: Before use, pages 24-26 should be cut along the dashed center line to allow the response lines for questions 1-16 to align with the Personal Network list on page 27.

Para cada una de las personas que usted incluyó en su lista, conteste las siguientes preguntas utilizando el número que corresponde a su respuesta:

- | | |
|-------------------|--------------|
| 0 = nada | 3 = bastante |
| 1 = un poco | 4 = mucho |
| 2 = moderadamente | |

[EMO3]

Pregunta 3:

¿Cuánto confía usted en esta persona?

[EMO4]

Pregunta 4:

¿Cuánto esta persona está de acuerdo o apoya sus acciones o pensamientos?

1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.
16.	16.

Note: Before use, pages 24-26 should be cut along the dashed center line to allow the response lines for questions 1-16 to align with the Personal Network list on page 27.

Para cada una de las personas que usted incluyó en su lista, conteste las siguientes preguntas utilizando el número que corresponde a su respuesta:

- | | |
|-------------------|--------------|
| 0 = nada | 3 = bastante |
| 1 = un poco | 4 = mucho |
| 2 = moderadamente | |

[AID5]	[AID6]
Pregunta 5: Si usted necesita pedir prestado por ejemplo, \$10.00, que le lleven al doctor, o alguna ayuda inmediata, ¿Cuánto le podría ayudar esta persona, usualmente?	Pregunta 6: Si tuviera que permanecer en cama por varias semanas, ¿Cuánta ayuda le podría dar esta persona?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.
16.	16.

Note: Before use, pages 24-26 should be cut along the dashed center line to allow the response lines for questions 1-16 to align with the Personal Network list on page 27.

RED PERSONAL

<p>[DURATION]</p> <p>Pregunta 7: ¿Hace cuánto que usted conoce a esta persona?</p> <p>1 = menos de 6 meses 2 = 6 a 12 meses 3 = 1 a 2 años 4 = 2 a 5 años 5 = más de 5 años</p>	<p>[FREQCON]</p> <p>Pregunta 8: ¿Con qué frecuencia tiene usted contacto con esta persona? (Llamadas por teléfono, visitas o cartas)</p> <p>5 = diario 4 = semanal 3 = mensual 2 = unas cuantas veces al año 1 = una vez al año o menos</p>	<p>Nombre o Iniciales (Name or initials)</p>	<p>Relación (Relationship)</p>
1.	1.	1.	
2.	2.	2.	
3.	3.	3.	
4.	4.	4.	
5.	5.	5.	
6.	6.	6.	
7.	7.	7.	
8.	8.	8.	
9.	9.	9.	
10.	10.	10.	
11.	11.	11.	
12.	12.	12.	
13.	13.	13.	
14.	14.	14.	
15.	15.	15.	
16.	16.	16.	

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?

_____ 0. No (***If NO, GO TO NEXT SECTION***)

_____ 1. Si (***If YES, GO TO #9A***)

Si Ud. 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.

_____ Esposo(a) o compañero (Spouse or partner)

[LOSS1]

_____ Familiares o parientes (Family members or relatives)

[LOSS2]

_____ Amigos (Friends)

[LOSS3]

_____ Compañeros de trabajo o de escuela (Co-workers or schoolmates)

[LOSS4]

_____ Vecinos (Neighbors)

[LOSS5]

_____ Proveedores de salud (Healthcare providers)

[LOSS6]

_____ Consejero o terapeuta (Counselor or therapist)

[LOSS7]

_____ Sacerdote o ministro (Priest or Minister)

[LOSS8]

_____ Otro; especifique (Other; specify): _____

[LOSS9]

[LOSSNO]

9B. En general, ¿Qué cantidad de apoyo le proporcionaban estas personas que no están ya disponibles para usted?

[LOSSAMT]

_____ 0. Ninguna (None)

_____ 1. Un poco (A little)

_____ 2. Una cantidad moderada (A moderate amount)

_____ 3. Bastante (A considerable amount)

_____ 4. Mucha (A lot)

**(ACC) ACULTURACION
ACCULTURATION**

Instrucciones: Las siguientes preguntas tienen como propósito explorar su aculturación y asimilación a este país. (The following questions have the purpose of exploring acculturation and assimilation to this country).

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____						
1. ¿Qué idioma/lengua usa:	Solamente Español (only Spanish)	Más español que inglés (more Spanish than English)	Ambos por igual (both equally)	Más inglés que español (more English than Spanish)	Solamente inglés (only English)	NA
1A. ...para ver televisión?	A. 1	2	3	4	5	6
1B. ...para leer periódicos y libros?	B. 1	2	3	4	5	6
1C. ...para conversar con los vecinos?	C. 1	2	3	4	5	6
1D. ...en el trabajo?	D. 1	2	3	4	5	6
1E. ...para escuchar la radio?	E. 1	2	3	4	5	6
1F. ...con sus amigos(as)?	F. 1	2	3	4	5	6
1G. ...entre familia?	G. 1	2	3	4	5	6

**(WH) HISTORIAL DE TRABAJO E INGRESO
WORK HISTORY AND INCOME**

Instrucciones: Las siguientes preguntas serán con respecto a su historial de trabajo e ingreso. (The following questions will refer to your work history and income.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____	
1. ¿Desde su última entrevista, ha hecho Ud. en alguna ocasión trabajo por paga por más de tres meses?	1. Si 0. No (If NO, GO TO #8 on next page)
For the following questions where a CODE for TYPE OF JOB is required, use these job categories:	
1. Executive administrative and managerial	9. Farming, forestry, and fishing occupations
2. Civil Service	10. Production, craft, and repair
3. Healthcare	11. Machine operators, assemblers, and inspectors
4. Teaching/Education	12. Transportation and material moving occupations
5. Technicians and support	13. Handlers, equipment cleaners, helpers, and labor
6. Sales; Administrative support, including clerical	14. Other
7. Private household business	96. Refused
8. Armed services	98. Don't know
	99. Not applicable
2. ¿Está Ud. trabajando actualmente?	1. Si 0. No (If NO, GO TO #6)
3. ¿En qué trabaja Ud. actualmente?	_____ Tipo de empleo/trabajo (Type of job) _____ (code)
4. ¿Cuántas horas trabaja Ud. por semana?	____ horas por semana (hours per week)
5. ¿Para cuándo tiene Ud. planeado retirarse?	Año (Year): ____ ____ ____ (Enter 9998 if dk) (Answer and GO TO #7)
6. ¿Por qué dejó Ud. de trabajar? (PROBE: ¿Debido a su salud?)	Razón (Reason): _____ _____
7. ¿Quién maneja el dinero en su hogar?	1. Ud. mismo(a)/Sujeto (Subject) 2. Esposo(a) (Spouse) 3. Hijo/Hijastro (Son/Stepson) 4. Hija/Hijastra (Daughter/Stepdaughter) 5. Hermano/Cuñado (Brother/Brother-in-law) 6. Hermana/Cuñada (Sister/Sister-in-law) 7. Nieto (Grandson) 8. Nieta (Granddaughter) 9. Otro (Other) 10. Ambos Sujeto y Esposo(a) (Both Subject and Spouse)

8. **Instrucciones:** A continuación quisiera que Ud. me diga qué personas contribuyen a los ingresos requeridos para el mantenimiento de su hogar (“Relación al Sujeto”), en qué manera estas personas contribuyen (“Fuente de Ingreso” y “Cantidad”), y con qué frecuencia (“Frecuencia”). Usted no tiene ninguna obligación de compartir esta información, pero le recuerdo que la información que usted me proporcione es completamente confidencial. (Next, I would like for you to tell me about your household income: who contributes to the necessary expenses, in what way, and how often does each contributor help out? You have no obligation to share this information with me, but remember that all the information you share with me will be kept completely confidential.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____					
Relación al Sujeto (Relationship to Subject) (Specify the relationship of the contributor to the Subject)	Fuente de Ingreso (Source of Income) CIRCLE ALL THAT APPLY	NO	SI	Cantidad (Amount) Códigos (Codes): (-)997. Rehusa (Refuse) (-)998. No sabe (dk)	Frecuencia (Frequency) Códigos (Codes): 1. Semanal (Weekly) 2. Cada dos semanas (Bi-wkly) 3. Mensual (Monthly) 4. Anual (Yearly)
1. Sujeto/ Ud. mismo (Subject/Self)	0. Employment 1. TANF 2. SSI 3. SSDI 4. Child Support 5. Pension 6. Retirement 7. Food Stamps(ATDP) 8. Other _____ 9. Other _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1	\$ _____ .00 \$ _____ .00	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
2. _____	0. Employment 1. TANF 2. SSI 3. SSDI 4. Child Support 5. Pension 6. Retirement 7. Food Stamps(ATDP) 8. Other _____ 9. Other _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1	\$ _____ .00 \$ _____ .00	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
3. _____	0. Employment 1. TANF 2. SSI 3. SSDI 4. Child Support 5. Pension 6. Retirement 7. Food Stamps(ATDP) 8. Other _____ 9. Other _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1	\$ _____ .00 \$ _____ .00	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
4. _____	0. Employment 1. TANF 2. SSI 3. SSDI 4. Child Support 5. Pension 6. Retirement 7. Food Stamps(ATDP) 8. Other _____ 9. Other _____	0 0 0 0 0 0 0 0 0	1 1 1 1 1 1 1 1 1	\$ _____ .00 \$ _____ .00	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

CUESTIONARIO SOBRE EVENTOS DE LA VIDA

Instrucciones: La siguiente lista incluye una serie de eventos que podrían causar cambios en la vida de las personas que los experimentan. Por favor indique cuales de los siguientes eventos le sucedieron a Ud. **durante los últimos seis meses**. **Si no ha experimentado alguno de estos eventos durante los últimos seis meses, dejaremos la pregunta en blanco**. Para cada evento que SI le ha ocurrido, dígame si el evento fue Bueno o Malo, y si el evento tuvo: **[LEER CATEGORIAS]**. (The following list includes events that can change the life of those who experience them. Please tell me which of the following events occurred in your life during the past six months only. If you have not experienced an event, we will skip that number. For each event which you have experienced, tell me if such an event was Good or Bad, and if the effect had: **[READ CATEGORIES]**.)

Evento	Efecto		Tipo de efecto del evento en su vida			
			Ningún efecto (No effect)	Algún efecto (Some effect)	Efecto moderado (Moderate effect)	Efecto grande (Big effect)
A. Salud						
1. Enfermedad o herida personal seria	Bueno	Malo	0	1	2	3
2. Cambio importante en hábitos de comida	Bueno	Malo	0	1	2	3
3. Cambio importante en hábitos de dormir	Bueno	Malo	0	1	2	3
4. Cambio importante en la forma usual o cantidad de recreación	Bueno	Malo	0	1	2	3
5. Trabajo dental extensivo	Bueno	Malo	0	1	2	3
6. MUJER: inicio de la menopausia	Bueno	Malo	0	1	2	3
B. Trabajo						
7. Dificultad encontrando empleo	Bueno	Malo	0	1	2	3
8. Empezar trabajo fuera del hogar	Bueno	Malo	0	1	2	3
9. Cambio a un nuevo tipo de trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
10. Cambio de horas o condiciones de trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
11. Cambio de sus responsabilidades en el trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
12. Problemas con el empleador o compañeros de trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
13. Ajuste importante en el negocio	Bueno	Malo	0	1	2	3
14. Despedido(a) del trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
15. Retiro del trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
16. Tomando cursos por correo o estudiando en casa para mejorar en el trabajo	Bueno	Malo	0	1	2	3
C. Escuela						
17. El comienzo o termino de escuela, universidad o programa de entrenamiento	Bueno	Malo	0	1	2	3
18. Cambio de escuela, universidad o programa de entrenamiento	Bueno	Malo	0	1	2	3
19. Cambio en metas profesionales o académicas	Bueno	Malo	0	1	2	3
20. Problema en la escuela, universidad o programa de entrenamiento	Bueno	Malo	0	1	2	3
D. Residencia						
21. Dificultad encontrando casa	Bueno	Malo	0	1	2	3
22. Cambio de residencia en el mismo pueblo o ciudad	Bueno	Malo	0	1	2	3
23. Mudado a un pueblo, ciudad, estado o país diferente	Bueno	Malo	0	1	2	3
24. Cambio importante en sus condiciones de vida (mejoras en el hogar o deterioro en su casa o barrio)	Bueno	Malo	0	1	2	3

Evento	Efecto		Tipo de efecto del evento en su vida			
			Ningún efecto (No effect)	Algún efecto (Some effect)	Efecto moderado (Moderate effect)	Efecto grande (Big effect)
E. Amor y Matrimonio						
25. Empezar una nueva relación cercana y personal	Bueno	Malo	0	1	2	3
26. Comprometerse	Bueno	Malo	0	1	2	3
27. Problema con su novio(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
28. Terminar con su novio(a) o romper un compromiso	Bueno	Malo	0	1	2	3
29. HOMBRE: embarazo de esposa o novia	Bueno	Malo	0	1	2	3
30. HOMBRE: esposa o novia aborta o pierde el bebé	Bueno	Malo	0	1	2	3
31. Casamiento (o empezando a vivir con alguien)	Bueno	Malo	0	1	2	3
32. Un cambio en la intimidad con su pareja	Bueno	Malo	0	1	2	3
33. Infidelidad	Bueno	Malo	0	1	2	3
34. Problemas con la familia política	Bueno	Malo	0	1	2	3
35. Separación de esposo(a) o compañero(a) debido a un conflicto	Bueno	Malo	0	1	2	3
36. Separación de esposo(a) o compañero(a) debido al trabajo, viaje, etc.	Bueno	Malo	0	1	2	3
37. Reconciliación con su pareja	Bueno	Malo	0	1	2	3
38. Divorcio	Bueno	Malo	0	1	2	3
39. Cambio en el trabajo fuera del hogar del esposo(a) o compañero(a) (empieza, termina, cambia de trabajo o retiro)	Bueno	Malo	0	1	2	3
F. Familia y Amigos Cercanos						
40. Adquirido un nuevo miembro familiar (nacimiento, adopción, mudanza de un pariente)	Bueno	Malo	0	1	2	3
41. Hijo(a) o miembro de la familia se va a de la casa (por matrimonio, la universidad, o cualquier otro motivo)	Bueno	Malo	0	1	2	3
42. Cambio importante en el estado de salud o comportamiento de un familiar o un(a) amigo(a) cercano(a) (enfermedad, accidente, drogas, problemas disciplinarios, etc.)	Bueno	Malo	0	1	2	3
43. Muerte de esposo(a) o compañero(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
44. Muerte de un(a) hijo(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
45. Muerte de un familiar o amigo(a) cercano(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
46. Nacimiento de un(a) nieto(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
47. Cambio en el estado matrimonial de sus padres	Bueno	Malo	0	1	2	3
G. Paternidad / Maternidad						
48. Cambio en el arreglo de cuidado de su hijo(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
49. Cuidado de un(a) nieto(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
50. Conflicto con esposo(a) o compañero(a) acerca de la crianza de los hijos	Bueno	Malo	0	1	2	3
51. Conflictos con abuelos (u otra persona importante) acerca de la crianza de los hijos	Bueno	Malo	0	1	2	3
52. Tomado la responsabilidad de la crianza de los hijos como padre o madre soltero(a)	Bueno	Malo	0	1	2	3
53. Problemas de custodia legal con su esposo(a) o pareja anterior	Bueno	Malo	0	1	2	3

Evento	Efecto		Tipo de efecto del evento en su vida			
			Ningún efecto (No effect)	Algún efecto (Some effect)	Efecto moderado (Moderate effect)	Efecto grande (Big effect)
H. Personal o Social						
54. Un logro personal importante	Bueno	Malo	0	1	2	3
55. Una decisión importante acerca de su futuro inmediato	Bueno	Malo	0	1	2	3
56. Cambio en sus hábitos personales (vestir, estilo de vida, etc.)	Bueno	Malo	0	1	2	3
57. Cambio en creencias religiosas	Bueno	Malo	0	1	2	3
58. Cambio en creencias políticas	Bueno	Malo	0	1	2	3
59. Pérdida o daño a la propiedad personal	Bueno	Malo	0	1	2	3
60. Tomar unas vacaciones	Bueno	Malo	0	1	2	3
61. Tomar otro viaje que no sea vacaciones	Bueno	Malo	0	1	2	3
62. Cambio en las fiestas familiares	Bueno	Malo	0	1	2	3
63. Cambio en sus actividades sociales (visitas, cine, clubes, etc.)	Bueno	Malo	0	1	2	3
64. Conocer nuevos amigos(as)	Bueno	Malo	0	1	2	3
65. Terminación de una amistad	Bueno	Malo	0	1	2	3
66. Obtuvo o perdió una mascota	Bueno	Malo	0	1	2	3
67. Cambio importante en sus finanzas (aumento o disminución de ingresos)	Bueno	Malo	0	1	2	3
68. Hacer una compra mediana como un televisor, carro, congelador, etc.	Bueno	Malo	0	1	2	3
69. Hacer una compra mayor o hipoteca para una casa, negocio, propiedad, etc.	Bueno	Malo	0	1	2	3
70. El embargo de una hipoteca o préstamo	Bueno	Malo	0	1	2	3
71. Dificultades con su estado de crédito	Bueno	Malo	0	1	2	3
I. Crímenes / Problemas Legales						
72. Víctima de un robo o robo de identidad	Bueno	Malo	0	1	2	3
73. Víctima de un acto violento (violación, asalto, etc.)	Bueno	Malo	0	1	2	3
74. Involucrado en un accidente	Bueno	Malo	0	1	2	3
75. Involucrado en una demanda legal	Bueno	Malo	0	1	2	3
76. Involucrado en una violación menor de la ley (boleta de tráfico, alterar la paz, etc.)	Bueno	Malo	0	1	2	3
77. Problemas legales que resultaron en su arresto o detención	Bueno	Malo	0	1	2	3
J. Otro: Otra experiencia reciente que impactó su vida. Liste y evalúe.						
78. _____	Bueno	Malo	0	1	2	3
79. _____	Bueno	Malo	0	1	2	3
80. _____	Bueno	Malo	0	1	2	3

(HC) COMPOSICION DEL HOGAR (HOUSEHOLD COMPOSITION)

Instrucciones: A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre la formación de su hogar. (In this section, I will ask you some questions regarding the composition of your household.)

CO-INFORMANT: YES _____ NO _____																																																					
1. ¿Cuántas personas viven aquí, incluyéndole a Ud. mismo(a)?	_____ (Total) _____ (0-5yr. olds) _____ (6-12yr. olds)																																																				
2. ¿Quiénes son los miembros de su hogar? Códigos (codes): 1. Ud. mismo(a)/Sujeto (Subject) 2. Esposo(a) (Spouse) 3. Hijo/Hijastro (Son/Stepson) 4. Hija/Hijastra (Daughter/Stepdaughter) 5. Hermano/Cuñado (Brother/Brother-in-law) 6. Hermana/Cuñada (Sister/Sister-in-law) 7. Nieto (Grandson) 8. Nieta (Granddaughter) 9. Otro (Other) Indique el sexo: 1 = Femenino; 2 = Masculino (Indicate sex: 1 = Female; 2 = Male)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>A. Relación (Relationship)</th> <th>B. Código (Code)</th> <th>C. Edad (Age)</th> <th>D. Sexo (Sex)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. <u>Sujeto</u></td><td><u>1</u></td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>2. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>3. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>4. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>5. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>6. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>7. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>8. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>9. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>10. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>11. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>12. _____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	A. Relación (Relationship)	B. Código (Code)	C. Edad (Age)	D. Sexo (Sex)	1. <u>Sujeto</u>	<u>1</u>	_____	_____	2. _____	_____	_____	_____	3. _____	_____	_____	_____	4. _____	_____	_____	_____	5. _____	_____	_____	_____	6. _____	_____	_____	_____	7. _____	_____	_____	_____	8. _____	_____	_____	_____	9. _____	_____	_____	_____	10. _____	_____	_____	_____	11. _____	_____	_____	_____	12. _____	_____	_____	_____
A. Relación (Relationship)	B. Código (Code)	C. Edad (Age)	D. Sexo (Sex)																																																		
1. <u>Sujeto</u>	<u>1</u>	_____	_____																																																		
2. _____	_____	_____	_____																																																		
3. _____	_____	_____	_____																																																		
4. _____	_____	_____	_____																																																		
5. _____	_____	_____	_____																																																		
6. _____	_____	_____	_____																																																		
7. _____	_____	_____	_____																																																		
8. _____	_____	_____	_____																																																		
9. _____	_____	_____	_____																																																		
10. _____	_____	_____	_____																																																		
11. _____	_____	_____	_____																																																		
12. _____	_____	_____	_____																																																		
3. ¿Quién es la persona que renta o es dueña de esta casa o apartamento?	Relación (Relationship) _____ (Enter corresponding # from column B above; if S is HH head, enter 1)																																																				
4. ¿Es esta casa propia o alquilada?	1. Propia (Owned) 2. Alquilada (Rented)																																																				
5. ¿Por cuántos años ha estado Ud. viviendo aquí en esta casa o apartamento?	_____ años (years) _____ meses (months)																																																				
6. If S is NOT the HOUSEHOLD HEAD: ¿Cuál es el grado escolar más alto que _____ (HH head) completo?	1. No ha completado ningún grado escolar 2. Kindergarten - 4to. grado de primaria 3. 5to. - 6to. grado 4. 7o. - 8o. grado 5. 9o. grado 6. 10o. grado 7. 11o. grado 8. 12o. grado 9. Graduado de secundaria; diploma de bachiller, GED, o su equivalente 10. Algo de universidad pero menos de un año 11. Un (1) año de universidad o más sin completar algún título 12. Grado/título de Asociado como un AA o AS 13. Título universitario/licenciatura universitaria como un BA, BS o AB 14. Masters (ej., MS, MA, MEng, MBA) 15. Título profesional (ej., MD, JD, DDS) 16. Doctorado (ej., PhD, EdD) 96. Rehusa contestar (Refused) 97. No recuerda (dr) 98. No sabe (dk)																																																				
7. ESTADO CIVIL (CURRENT MARITAL STATUS): ¿Cuál de las siguientes categorías mejor describe su estado civil actual? (READ ALL CATEGORIES)	1. Casado(a)/viviendo como casado(a)/esposo(a) que vive en el hogar 2. Esposo(a) que no vive en el hogar 3. Divorciado(a)/separado(a) 4. Enviudado(a) 5. Nunca se ha casado																																																				

**(OBS) OBSERVACIONES Y COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR
INTERVIEWER'S OBSERVATIONS AND COMMENTS**

INTERVIEWER: Completar la siguiente sección al concluir la entrevista (Please complete this section after concluding interview.)

1. Idioma utilizado durante la entrevista (Language of Interview)	1. Inglés (English) 2. Español (Spanish) 3. Ambos, español e ingles (Both, English and Spanish)
2. Estado de movilidad del Sujeto (Sample Person Status)	1. Normalmente móvil (Normally mobile) 2. En cama solamente (Only seen in bed) 3. En silla de ruedas solamente (Only seen in a wheelchair)
3. Condición/Estado mental (Mental Condition)	1. A ratos confundido (Confused at times) 2. Impedimento cognitivo (Cognitive deficit; i.e. retarded, demented) 3. Sin observación (Not noted) 4. Normal
4. Vista (Sight) ¿Con o sin anteojos? Pregunte sobre el uso de lentes de contacto. (With or without glasses? Ask if S is wearing contact lenses.)	A. 1. Ciego(a) (Blind) 2. Deficiente (Visually impaired) 3. Sin observación (Not noted) 4. Normal B. 1. Con anteojos/lentes de contacto (With glasses/contact lenses) 2. Sin anteojos/lentes de contacto (Without glasses/contact lenses)
5. Audición (Hearing)	A. 1. Sordo(a) (Deaf) 2. Deficiencia severa (Severely hearing impaired) 3. Deficiencia/Impedimento leve (Slightly hearing impaired) 4. Sin observación (Not noted) 5. Normal B. ¿Utiliza aparato auditivo? (Using hearing aid?) 1. Si 0. No
6. Andar (Gait)	1. Normal 2. Arrastra el pie (Shuffling) 3. Dificultad manteniendo su balance (Difficulty keeping their balance) 4. Otro (Other): _____ (code): _____
7. Otros problemas (Other problems)	Describe; parte del cuerpo (Describe; part of body):
7A. Amputaciones (Amputations)	1. Arriba de la cintura (Upper body) 2. Inferior a la cintura (Lower body) 3. Normal
7B. Temblores (Tremor)	1. Arriba de la cintura (Upper body) 2. Inferior a la cintura (Lower body) 3. Normal
7C. Deformidad (Deformity)	1. Arriba de la cintura (Upper body) 2. Inferior a la cintura (Lower body) 3. Normal
7D. Pérdida de función (Loss of Function; can't use)	1. Arriba de la cintura (Upper body) 2. Inferior a la cintura (Lower body) 3. Normal
7E. Otro (Other):	1. Arriba de la cintura (Upper body) 2. Inferior a la cintura (Lower body) 3. Normal

(Observations Continued...)

<p>8. Tono de la piel (Skin tone):</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oscuro (Dark) 2. Mediano (Medium) 3. Claro (Light) 4. Blanco (White)
<p>9. ¿Cómo calificaría la habilidad del Sujeto para entender inglés? (How would you rate Subject's ability to understand English?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente (Excellent) 2. Muy buena (Very Good) 3. Buena (Good) 4. Pasable/Aceptable (Fair) 5. Pobre/Mala (Poor) 6. NA: no se habló inglés durante la entrevista (NA: English was not spoken during the interview)
<p>10. ¿Cómo calificaría la habilidad del Sujeto para hablar en español claramente? (How would you rate the Subject's ability to speak clearly in Spanish?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelente (Excellent) 2. Muy buena (Very Good) 3. Buena (Good) 4. Pasable/Aceptable (Fair) 5. Pobre/Mala (Poor)
<p>11. Tipo de estructura/ vivienda en la que vive el Sujeto (Type of structure in which Subject lives):</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trailer 2. Casa de familia individual (Detached, single family house) 3. Dúplex/casa de dos viviendas (Duplex/Two family house) 4. Casa convertida en apartamentos (House converted to apartments) 5. Unidad con 3 viviendas o más, 3 pisos o menos (Rowhouse or townhouse with 3 or more units, 3 stories or less) 6. Apartamento en edificio con 5 viviendas o más, 3 pisos o menos (Apartment building with 5 or more units, 3 stories or less) 7. Apartamento en edificio con 5 viviendas o más, 4 pisos o más (Apartment building with 5 or more units, 4 stories or more) 8. Apartamento en estructura comercial (Apartment in a partly commercial structure) 9. Pensión/Casa de huéspedes; estructura no-específica (Rooming or boarding house; structure not specified) 97. Otra (Other)
<p>12. Comentarios adicionales (Additional Comments)</p>	

