



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584
Exp. xx/xx/xxxx

HCHS/SOL Formulario de Entrevista de Seguimiento 5to Año de Contacto

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

FORM CODE: FS5
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /

0b. Staff ID:

Instructions: See the detailed QxQ instructions for completion of the Annual Follow-up form.

INTRODUCTION

Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (*interviewer name*), y estoy llamando para hablar con (*participant name*) para un seguimiento acerca del Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos (SOL), un estudio sobre la salud en el cual él/ella está registrado(a) actualmente. ¿Puedo hablar con él/ella?

No → ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente?Gracias. Volveré a llamar.

Yes → Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, (*participant name*), mi nombre es (*interviewer name*) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de Latinos (SOL). Estoy llamando para ver cómo ha estado desde la última entrevista telefónica que le hicimos y para actualizar nuestros registros del estudio. ¿Tiene unos minutos para hablar por teléfono?

No → ¿Cuándo sería conveniente llamarlo(a) nuevamente?.....Gracias. Volveré a llamar.

Yes → Nos gustaría obtener información acerca de su salud en general y acerca de condiciones médicas específicas que puede haber tenido durante el último año. Le haré algunas preguntas acerca de su salud desde que le hicimos la entrevista telefónica el (*date of last follow-up call*). Quisiera que se concentrara en lo que pasó desde el (*date of last follow-up call*) hasta el día de hoy.

A. [GHS section for data entry screens begins here]

1. Participant status (choose one):

- Participant contacted and alive, agrees to interview 1 Go to item 2
- Participant contacted and refused interview 2 Go to *Contact tracking*, item 49
- Designated respondent contacted, reported alive 3 Go to *Hospitalizations*, item 3
- Other respondent contacted, reported alive 4 Go to *Contact tracking*, item 49
- Not contacted, reported deceased 5 Continue to 1a, below
- Unknown 9 Go to *Contact tracking*, item 49

1a. ¿Cuál es la fecha del fallecimiento? / /

1b. ¿Dónde falleció; me puede decir la ciudad, el estado y el país? _____

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	0	5	SEQ #	0	1
------------------	---	---	-------	---	---

1c. ¿Usted sabe si (*insert decedent's name*) fue hospitalizado o visitó una sala de emergencia por alguna razón desde (*date of last time interviewed*) y/o antes de fallecer?

- No 0 End interview
 Sí 1 Record date and name of each hospitalization and/or ER visit. End interview after last event is reported

GENERAL HEALTH

2. Desde la última entrevista que le hicimos el (*date*), ¿diría usted que, en general, su salud es excelente, muy buena, buena, regular, o mala?

- Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5

[HOS section for data entry screens begins here]

B. HOSPITALIZED AND EMERGENCY ROOM EVENTS

“La siguiente serie de preguntas trata sobre hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencia en alguna ocasión desde su última entrevista telefónica el (date)”. [This section will repeat depending upon number of admissions.]

3. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿ha sido admitido(a) a un hospital o ha visitado una sala de emergencia en alguna ocasión?

- No 0 Go to item 5
 Sí 1
 Unsure 9 Go to item 5

“Las siguientes preguntas se refieren a cada hospitalización o visita a una sala de emergencia, por separado; de haber ocurrido más de una, empecemos por identificar la primera que ocurrió desde la última entrevista telefónica del SOL el día (date)”

4. ¿Fue esta visita a la sala de emergencia solamente, o fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital solamente, o fue una visita a la sala de emergencia que resultó en que sea admitido(a) al hospital?

- Sala de Emergencia (only) 1
 Admisión al Hospital (only) 2
 Ambas 3
 Unsure 9

4a. ¿Cuál fue la razón principal por la cual fue (*insert emergency room or hospital*) ese día? [*check one and do not read choices*]

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Infarto de miocardio, ataque al corazón | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Angina de pecho, dolor de pecho | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca o falla cardíaca | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad vascular periférica | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | 6 | <input type="checkbox"/> |
| Asma | 7 | <input type="checkbox"/> |
| Otro: Especificar: _____ | 8 | <input type="checkbox"/> |

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

4b. ¿Me puede decir la fecha en la que ocurrió esta hospitalización o visita a la sala de emergencia? / /

4c. ¿Cómo se llama el hospital?: _____

4d. ¿Cuál es la dirección de este hospital?: _____ [leave blank if unknow]

4e. ¿Bajo qué nombre está su ficha?

4e1. Primer nombre: _____

4e2. Segundo nombre: _____

4e3. Apellido paterno: _____

4e4. Apellido materno: _____

4f. ¿Fue admitido(a) {ingresado(a), internado(a)} a un hospital o visitó una sala de emergencia en alguna otra ocasión desde la última entrevista telefónica del estudio?

No 0 Go to item 5

Sí 1 (Line entry saved, screen refreshes to a new series at item 4)

[OPS section for data entry screens begins here]

C. OUT PATIENT SELF-REPORTED CONDITIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de condiciones que hayan motivado a que vaya a ver a un doctor o un profesional de la salud en una clínica o un consultorio médico, pero sin tener que ser admitido(a) al hospital y sin tener que ir a la sala de emergencias.”

5. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (date), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene enfisema, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica? Esto no incluye consultas con el médico por tuberculosis o TB, por sus siglas en inglés.

No 0 Go to item 6

Sí 1

Unsure 9 Go to item 6

¿Ordenó su médico u profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para a hacer el diagnóstico?

5a. Prueba respiratoria o prueba de función pulmonar?

No 0 Sí 1 Unsure 9

5b. Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

5c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

5d. ¿Le dijo un médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica, o estaba empeorando?

No 0 Go to item 6
Sí 1
Unsure 9 Go to item 6

5e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento de la dosis o frecuencia de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0 Sí 1 Unsure 9

6. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene asma?

No 0 Go to item 7
Sí 1
Unsure 9 Go to item 7

¿Ordenó su médico u otro profesional de la salud alguna de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico?

6a. ¿Prueba respiratoria o prueba de la función pulmonar?

No 0 Sí 1 Unsure 9

6b. ¿Rayos X (radiografías o placas) del pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

6c. ¿Tomografía computarizada (CT scan) de su pecho?

No 0 Sí 1 Unsure 9

6d. ¿Le dijo el médico u otro profesional de la salud que le estaba dando un ataque de asma o que su asma estaba empeorando o que se estaba agravando?

No 0 Go to item 7
Sí 1
Unsure 9 Go to item 7

6e. ¿El médico u otro profesional de la salud le recetó un cambio en sus medicamentos, como el aumento del uso de sus inhaladores, oxígeno o píldoras para sus pulmones o le recetó pastillas de corticosteroides en píldoras para sus pulmones?

No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

7. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene diabetes o azúcar alta en la sangre?

- No 0 Go to item 8
Sí 1
Unsure 9 Go to item 8

7a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 8
Sí 1
Unsure 9 Go to item 8

7b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply*)

- Píldoras 0
Insulina solamente 1
Insulina y píldoras 2
Fue remitido(a) para un examen de la vista 3
Recomendación de hacer cambios en la dieta 4
Recomendación de dejar de fumar 5
Recomendación de hacer más ejercicios 6

Otro Especificar: _____ 7

8. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene presión sanguínea alta o hipertensión?

- No 0 Go to item 9
Sí 1
Unsure 9 Go to item 9

8a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 9
Sí 1
Unsure 9 Go to item 9

8b. ¿Qué tratamiento le recomendó? (*Do not prompt for specific response. Mark all that apply*)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
Aumentar la dosis de alguno de los medicamentos que toma actualmente 1
Bajar de peso 2
Hacer cambios en la dieta 3
Dejar de fumar 4
Hacer más ejercicios 5

Otro-> Especificar: _____ 6

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

9. Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*), ¿le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que tiene el colesterol alto?

- No 0 Go to item 10
Sí 1
Unsure 9 Go to item 10

9a. ¿Le recomendó el médico algún tratamiento nuevo o diferente?

- No 0 Go to item 10
Sí 1
Unsure 9 Go to item 10

9b. ¿Qué tratamiento le recomendaron? (Do not prompt for specific response. Mark all that apply)

- Empezar a tomar un nuevo medicamento 0
Aumentar la dosis de un medicamento que toma actualmente 1
Recomendación de bajar de peso 2
Recomendación de hacer cambios en la dieta 3
Recomendación de dejar de fumar 4
Recomendación de hacer más ejercicios 5
Otro Especificar _____ 6

[EVS section for data entry screens begins here]

D. SELF REPORT OF EVENTS

*“Ahora me gustaría preguntarle qué síntomas puede haber tenido desde Desde la última entrevista telefónica que le hicimos el (*date*)”.*

10. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía fibrilación auricular?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

11. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía insuficiencia cardíaca o fallo cardíaco?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

12. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted tenía coágulos sanguíneos en una vena de la pierna o pulmón que necesitaba un medicamento anticoagulante?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

13. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido, con frecuencia, hinchazón en los pies o tobillos al final del día?

- No 0 Sí 1 Unsure 9

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	0	5	SEQ #	0	1
------------------	---	---	-------	---	---

14. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿se despierta en ocasiones por la noche porque tiene dificultad para respirar?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
15. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando camina apresurado(a) sobre en suelo llano o subiendo una pequeña cuesta/colina?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
16. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que ha tenido que detenerse para respirar cuando está caminando a su ritmo normal sobre un suelo llano?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
17. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido momentos en los que le ha sido difícil respirar cuando no está caminando ni haciendo alguna actividad?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
18. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido usted tos durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
19. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿le ha subido flema del pecho durante la mayoría de los días o las noches de la semana, al menos por 3 meses seguidos?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
20. Desde la última entrevista con usted, en (*fecha*), ¿ha tenido ruidos silbantes en el pecho?
- No 0 Go to item 21
Sí 1
Unsure 9 Go to item 21
- 20a. ¿Ha tenido algún ataque con ruidos silbantes en el pecho, que le haya hecho sentir falta de aire?
- No 0 Sí 1 Unsure 9
21. Desde su última entrevista en (*fecha*), ¿le ha dicho algún médico o profesional de la salud que usted padece de apnea del sueño?
- No 0 Go to item 22
Sí 1
Unsure 9 Go to item 22

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion

0	5
---	---

SEQ #	0	1
-------	---	---

21a. ¿Le han tratado la apnea de alguna de las siguientes maneras? (marque todo lo que corresponda)

- Cirugía
- Uso de un aparato dental mientras duerme (un dispositivo que se pone en la boca por la noche que abre la mandíbula)
- Uso de oxígeno mientras duerme
- Un máquina de presión como el dispositivo de presión positiva continua en vía aérea (CPAP por sus siglas en inglés) o la máquina de presión positiva a dos niveles en la vía aérea (BILEVEL)

22. En la actualidad, ¿con qué frecuencia ronca?

- Nunca 1
- Raramente (1-2 noches a la semana) 2
- A veces (3-5 noches a la semana) 3
- Siempre o casi siempre (6-7 noches a la semana) 4
- No sabe 9

[MES section for data entry screens begins here]

E. MEDICATIONS

“Ahora me gustaría preguntarle acerca de los medicamentos con receta médica que toma actualmente. ¿Le puedo pedir que traiga al teléfono todos los medicamentos con receta médica que está tomando?”

23. (do not ask) ¿Tiene el/la participante algún medicamento que reportar?

- No 0 Go to item 44
- Sí 1
- Participant refused 2 Go to item 44

Por favor, lea los nombres de todos los medicamentos recetados por un doctor. Esto incluye pastillas, medicamentos líquidos, parches para la piel, inhaladores, inyecciones y supositorios. Por favor, no incluya medicamentos de venta libre a no ser que hayan sido recetados por un doctor. (Si le preguntan qué queremos decir con “medicamentos que toma actualmente”, esto se refiere a los medicamentos que se han tomado en las dos últimas semanas.)

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)	
24.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
25.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
26.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units

ID NUMBER:

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion

0 5

SEQ # 0 1

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)	
27.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
28.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
29.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
30.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
31.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
32.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
33.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
34.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
35.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
36.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
37.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
38.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

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

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

#	(a) Medication UPC / NDC	Medication name (b)	
39.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
40.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
41.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
42.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
43.	<input type="text"/>		
	(c) Strength		(d) Units
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

“A continuación, quisiera preguntarle acerca de su uso regular de aspirina. Por uso regular, me refiero a tomar aspirina un día sí y uno no, o de manera más frecuente.”

44. ¿Está usted tomando aspirina AHORA o un medicamento que contenga aspirina, en forma regular? Esto NO incluye Tylenol, Advil, Motrin y/o ibuprofeno.

No 0 Go to item 49

Sí 1

Unsure 9 Go to item 49

44a. ¿Qué dosis toma?

81 mg de aspirina al día 0

325 mg de aspirina al día 1

Otra 2 Especificar: _____

Muchas gracias por contestar estas preguntas. Apreciamos mucho su participación en el SOL. Si tuviera alguna pregunta, por favor llámenos al centro al (telephone number). Antes de colgar, quisiera asegurarme que nuestros registros están al día. ¿Me podría decir si la siguiente información que tengo sigue siendo correcta?

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #	0	1
-------	---	---

G. PARTICIPANT TRACKING [CIS section for data entry screens begins here.]

Interviewer: Current tracking information from HCHS/SOL database is shown below. Record tracking information changes reported during the interview in the space provided.

“Es sumamente importante para este estudio que en el futuro podamos comunicarnos con usted. Entendemos que usted dio su información de contacto en su visita al centro, pero para mantener nuestros archivos al día necesitamos confirmar su información actual. Toda información que usted nos provea se mantendrá en estricta confidencialidad y no será compartida con ninguna otra persona o entidad.”

49. Current home address* *“Dirección actual”*

49.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

49.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

49.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

49.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

49.C.2. **Street Name**

49.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

49.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

49.D.1. Unit Type

--	--	--	--

49.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

49.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

49.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

49.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

49.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	0	5		0	1

49.G.1. County

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

49.H.1. State

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

49.I.1. Country/Territory *(Select code from list)*

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

49.J.1. Zip Code

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

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

***IF THE PARTICIPANT LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 49.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 49.E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 49.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 49.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 49.E.1.

50. Su teléfono principal/preferido: () -

51. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

52. Número de teléfono secundario: () -

53. ¿A qué hora es más conveniente llamarlo(a) a este número?

- Mañana 1
- Tarde 2
- Noche 3

Local Contact 1 (primary contact)

54 a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion

0	5
---	---

SEQ #	0	1
-------	---	---

e. Maternal Last Name: _____

55. Relationship: _____

56. Current home address of primary contact*

56.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

56.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

56.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

56.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

56.C.2. **Street Name**

56.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--

56.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

56.D.1. Unit Type

--	--	--	--

56.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

56.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

56.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

56.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56.F.1. City

56.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

56.H.1. State

--	--

56.I.1. Country/Territory (*Select code from list*)

--	--

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	0	5	SEQ #	0	1
------------------	---	---	-------	---	---

56.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

***IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 56.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 56.E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 56.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 56.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 56.E.1.

57. Telephone: () -

Local Contact 2 (secondary contact)

58. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

59. Relationship: _____

60. Current home address of secondary contact*

60.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

60.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--

60.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--

60.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--

60.C.2. **Street Name**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	0	5	SEQ #	0	1
------------------	---	---	-------	---	---

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.C.3. Street Name Type

--	--	--	--

60.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--

60.D.1. Unit Type

--	--	--	--

60.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--

60.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--

60.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--

60.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.F.1. City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

60.H.1. State

--	--

60.I.1. Country/Territory (Select code from list)

--	--

60.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

61. Telephone: () -

***IF THE PERSON LIVES AT SEVERAL LOCATIONS, ENTER WHERE HE OR SHE LIVES MOST. IF THE EXACT ADDRESS IS UNKNOWN, ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE HOME LOCATION IN 60.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.E.1.**

IF THE ONLY KNOWN HOME ADDRESS IS A POST OFFICE BOX, BOX, OR ROUTE AND NUMBER, ENTER IT IN 60.A.1., BUT ALSO ENTER THE NAME OF THE INTERSECTION OR STREET CLOSEST TO THE ACTUAL HOME LOCATION IN 60.C.2. AND THE NAME OF THE BUILDING OR LOCATION IN 60.E.1.

Local Contact 3

62. a. Title: _____ b. First Name: _____

c. Middle/Second Name: _____

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion

0	5
---	---

SEQ #	0	1
-------	---	---

d. Paternal Last Name: _____

e. Maternal Last Name: _____

63. Relationship: _____

64. Current home address of third contact*

64.A.1. PO Box, Box &/or Route and Number

64.B.1. Street Number Prefix

--	--	--	--	--	--

64.B.2. **Street Number**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.B.3. Street Number Suffix

--	--	--	--	--	--

64.C.1. Street Name Prefix

--	--	--	--	--	--

64.C.2. **Street Name**

64.C.3. **Street Name Type**

--	--	--	--	--

64.C.4. Street Name Suffix

--	--	--	--	--	--

64.D.1. Unit Type

--	--	--	--	--

64.D.2. Unit Type Identifier

--	--	--	--	--	--

64.D.3. Unit Subtype

--	--	--	--	--	--

64.D.4. Unit Subtype Identifier

--	--	--	--	--

64.E.1. Other

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.F.1. City

64.G.1. County

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

64.H.1. State

--	--

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion	0	5	SEQ #	0	1
------------------	---	---	-------	---	---

64.I.1. Country/Territory *(Select code from list)*

--	--

64.J.1. Zip Code

					-				
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

65. Telephone: (

--	--	--

)

--	--	--

 -

--	--	--	--

66. En esta sección de la entrevista, tengo una última pregunta. ¿Cuál es el nombre de su médico o profesional de la salud?

a. Name: _____

b. Address: _____

c. City: _____, State: _____, Zip Code: _____

H. END OF THIS PORTION OF THE CALL

“Muchas gracias por contestar todas estas preguntas sobre su salud. Nos gustaría mantenernos en contacto con usted; nos estaremos comunicando con usted el año que viene”

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

FORM CODE: FS4
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact
Occasion

0	5
---	---

SEQ #

0	1
---	---

Location Codes for Questions 45, 49, 56, 60, 64

- | | | | | | |
|----|---------------------|----|---------------|----|-----------------|
| 01 | Afghanistan | 25 | France | 49 | Norway |
| 02 | Anguilla | 26 | Germany | 50 | Pakistan |
| 03 | Antigua and Barbuda | 27 | Great Britain | 51 | Panama |
| 04 | Argentina | 28 | Greece | 52 | Paraguay |
| 05 | Aruba | 29 | Guam | 53 | Peru |
| 06 | Australia | 30 | Guatemala | 54 | Philippines |
| 07 | Austria | 31 | Haiti | 55 | Poland |
| 08 | Bangladesh | 32 | Holland | 56 | Portugal |
| 09 | Belgium | 33 | Honduras | 57 | Puerto Rico |
| 10 | Belize | 34 | Hungary | 58 | Russia |
| 11 | Bolivia | 35 | India | 59 | South Africa |
| 12 | Brazil | 36 | Indonesia | 60 | Spain |
| 13 | Canada | 37 | Iran | 61 | Sweden |
| 14 | Chile | 38 | Iraq | 62 | Switzerland |
| 15 | China | 39 | Ireland | 63 | United States |
| 16 | Colombia | 40 | Israel | 64 | Uruguay |
| 17 | Costa Rica | 41 | Italy | 65 | Venezuela |
| 18 | Cuba | 42 | Japan | 66 | Virgin Islands |
| 19 | Czech Republic | 43 | Korea | 67 | Other |
| 20 | Denmark | 44 | Lebanon | 99 | Unknown/refused |
| 21 | Dominican Republic | 45 | Malaya | | |
| 22 | Ecuador | 46 | Mexico | | |
| 23 | El Salvador | 47 | New Zealand | | |
| 24 | Finland | 48 | Nicaragua | | |