

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 02 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. 2/28/2011



Comentarios del Participante

Gracias por su participación en HCHS/SOL. Estamos interesados en obtener sus comentarios y sugerencias. Por favor, tómese unos minutos para informarnos sobre su experiencia como participante y díganos qué podemos hacer para que este estudio sea un éxito para la comunidad hispana o latina.

For HCHS/SOL Staff Use Only

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

FORM CODE: EXS
VERSION: A 10/08/09

Contact Occasion

--	--

SEQ #

--	--

Acrostic:

0a. Completion Date:

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

0b. Staff ID:

--	--	--

1. ¿Le agradó la forma en que el personal de HCHS/SOL la/lo trató durante el primer contacto llevado a cabo en su casa? Está usted:

Satisfecho/a 1
 Insatisfecho/a 2

2. ¿Cuánto le gustó su visita al centro HCHS/SOL? (Favor de poner una X en uno de los cuadros)

Nada	Muy Poco	Algo	Mucho
1	2	3	4

¿Qué aspectos de su participación en HCHS/SOL le gustaron o no le gustaron? Favor de seleccionar todos los que correspondan en cada lista.

3. LE GUSTÓ

- a. El proceso de reclutamiento
- b. Estacionamiento/lugar del centro
- c. Llamada para concretar la cita
- d. Visita al centro de exámenes
- e. Instrucciones para uso del equipo

4. NO LE GUSTÓ

- a. El proceso de reclutamiento
- b. Estacionamiento/lugar del centro
- c. Llamada para concretar la cita
- d. Visita al centro de exámenes
- e. Instrucciones para uso del equipo

5. ¿Le explicaron claramente los exámenes que hizo en HCHS/SOL? No 0
 Sí 1

6. ¿Cómo le parecieron los exámenes comparado con lo que usted esperaba según las explicaciones que recibió?

Mejor de lo que esperaba 1
 Más o menos lo que esperaba 2
 Peor de lo que esperaba 3

7. ¿Cómo clasificaría el nivel de respeto que le demostró el personal del estudio? Fue:

Bueno 1
 Regular 2
 Malo 3

8. ¿Cómo clasificaría el nivel de cortesía y amabilidad que el personal del estudio le demostró durante las entrevistas y exámenes? Fue:

Bueno 1
 Regular 2
 Malo 3

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

FORM CODE: EXS
VERSION: A 10/08/09

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

9. ¿Cómo clasificaría el tiempo total que pasó en el centro de exámenes, esto es, desde el momento que llegó al centro HCHS/SOL hasta el momento que salió? Fue:

- Más corto de lo que esperaba 1
Lo que esperaba 2
Más largo de lo que esperaba 3

10. Si un familiar o amigo suyo fuera invitado a participar en HCHS/SOL, ¿estaría Usted dispuesto(a) a recomendarle que participe?

- Probablemente 1
Poco probable 2

11. ¿Podemos hacer algo para que la visita al centro HCHS/SOL sea más placentera?

No 0

Sí 1 → Favor escriba sus sugerencias: _____

12. ¿Hay algo que debemos hacer en HCHS/SOL para mejorar la experiencia en general de los participantes?

No 0

Sí 1 → Favor escriba sus sugerencias: _____

13. ¿Tiene otros comentarios?

No 0

Sí 1 → Favor escriba sus sugerencias: _____

14. ¿Cómo supo Usted de HCHS/SOL? Favor de **seleccionar todos** los que correspondan en esta lista.

- a. Carta de invitación al estudio
b. Llamada telefónica de HCHS/SOL
c. Visita en casa de HCHS/SOL
d. Radio
e. Anuncio en el periódico

- f. Televisión
g. Feria de salud
h. Presentación en la comunidad
i. DVD
j. Otro

Por favor especifique: _____

15. ¿Pudo ver el DVD acerca del HCHS/SOL antes de llegar al centro?

No 0 → **PASE A LA PREGUNTA 17**
 Sí 1

16. ¿Cuánto influyó el ver el DVD su decisión de participar en el HCHS/SOL? (Marque sólo una X)

Nada 1
 Un poco 2
 Bastante 3
 Mucho 4

17. Indique si vió el DVD que contiene información del proceso de consentimiento para participar en el estudio (Consentimiento informado).

No 0 → **PARE, Gracias por su participación.**
 Sí 1

18. ¿Cuánto le ayudó el ver el DVD (del consentimiento informado) entender de qué se trata el HCHS/SOL? (Marque sólo una X)

Nada 1
 Un poco 2
 Bastante 3
 Mucho 4

19. ¿Cuánto le ayudó el DVD (del consentimiento informado) en su decisión para participar en el estudio del HCHS/SOL? (Marque sólo una X)

Nada 1
 Un poco 2
 Bastante 3
 Mucho 4

¡Gracias por ser parte de HCHS/SOL!