



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.

HCHS/SOL General AFU Interview Questionnaire

ID NUMBER:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FORM CODE: GES	Contact	<input type="text"/> <input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/> <input type="text"/>
		VERSION: 1, 3/24/2017	Occasion	<input type="text"/> <input type="text"/>		

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

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

INTRODUCTION

"Por favor indique si ha tenido alguno de los siguientes síntomas desde la última vez que conversamos, conteste sí o no"

A. VERIFICATION OF STROKE-FREE STATUS

1. ¿Alguna vez ha tenido debilidad súbita en un lado de su cuerpo y sin tener o sentir dolor?
 No 0 Si 1
2. ¿Alguna vez ha tenido pérdida súbita de la sensibilidad o adormecimiento en un lado de su cuerpo?
 No 0 Si 1
3. ¿Alguna vez ha tenido pérdida súbita sin dolor de la visión en uno o ambos ojos?
 No 0 Si 1
4. ¿Alguna vez ha perdido súbitamente la mitad de su visión?
 No 0 Si 1
5. ¿Alguna vez ha perdido de manera súbita, la capacidad de entender lo que otras personas están hablando o diciendo?
 No 0 Si 1
6. ¿Alguna vez ha perdido súbitamente la capacidad de hablar o escribir?
 No 0 Si 1

B. PHYSICAL ACTIVITY

"Ahora quisiera hacerle preguntas sobre su actividad física."

7. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad vigorosa, que le cause un gran aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como correr, jugar fútbol o fútbol americano o básquetbol por lo menos durante 10 minutos seguidos?
 No 0 Go to item 10 Si 1
8. En una semana normal, ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa? Días a la semana

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

FORM CODE: GES
VERSION: 1, 3/24/2017

Contact
Occasion

--	--

SEQ #

--	--

9. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad vigorosa?

9a Hr. 9b Min.

10. ¿Practica usted algún deporte, actividad física o actividad recreativa de intensidad moderada, que le cause un pequeño aumento del ritmo respiratorio o cardíaco, tales como caminar rápido, montar bicicleta, nadar, jugar voleibol o kárate, por lo menos durante 10 minutos seguidos?

No 0 Go to item 13 Si 1

11. En una semana normal ¿cuántos días practica usted deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada? Días a la semana

12. En un día normal cuando practica deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo pasa usted practicando deportes, actividades físicas o actividades recreativas de intensidad moderada?

12a Hr. 12b Min.

“La siguiente pregunta trata sobre estar sentado(o) o recostado(a) en el trabajo, en el hogar, trasladándose de un lugar a otro, o con amistades, incluyendo el tiempo que pasa sentado(a) en el escritorio, con amistades, viajando en automóvil, autobús, tren, leyendo, jugando cartas o viendo televisión, películas o videos, pero sin incluir el tiempo que pasa durmiendo.”

13. Por lo general, ¿cuánto tiempo pasa usted sentado(a) o recostado(a), en un día normal?

13a Hr. 13b Min.

C. CANNABIS USE

“Ahora quisiera hacerle preguntas sobre el uso de la marihuana. Recuerde que sus respuestas a estas preguntas son estrictamente confidenciales. La marihuana también se llama pasto o cannabis y se puede fumar en “joint”, “blunts” o pipas. A veces se cocina en los alimentos, usado como un ungüento y en algunos estados se puede tomar en forma de píldora para uso medicinal.”

14. ¿Alguna vez, incluso una vez, has usado marihuana?

No 0 **END QUESTIONNAIRE** Si 1 No Contestado 9

15. ¿Cuántos años tenía usted cuando usó marihuana por la primera vez? (Anotar edad) Edad

16. ¿Su uso de marihuana fue por recomendación de un médico o profesional de salud?

No 0 Si 1 No Contestado 9

17. ¿En el último año, cuántos meses ha utilizado marihuana al menos una vez? Anotar cuantos meses (0-12 meses) Meses

18. ¿Alguna vez has usado marihuana al menos una vez al mes durante más de un año?

No 0 Si 1 No Contestado 9

ID NUMBER:

FORM CODE: GES
VERSION: 1, 3/24/2017

Contact
Occasion

SEQ #

19. ¿Durante los últimos 30 días, en cuántos días usó marihuana? (Anotar cuantos días; 0-30 días)

Días

20. ¿Durante los tiempos en que usted usó marihuana, en qué forma usó usualmente? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--|
| a. Fumaste | No 0 <input type="checkbox"/> | Si 1 <input type="checkbox"/> | No Contestado 9 <input type="checkbox"/> |
| b. Comiste o Tomaste | No 0 <input type="checkbox"/> | Si 1 <input type="checkbox"/> | No Contestado 9 <input type="checkbox"/> |
| c. Píldora (por ejemplo, Marinol) | No 0 <input type="checkbox"/> | Si 1 <input type="checkbox"/> | No Contestado 9 <input type="checkbox"/> |
| d. Aceite (por ejemplo, en forma) | No 0 <input type="checkbox"/> | Si 1 <input type="checkbox"/> | No Contestado 9 <input type="checkbox"/> |
| e. Ungüento, crema, o parche | No 0 <input type="checkbox"/> | Si 1 <input type="checkbox"/> | No Contestado 9 <input type="checkbox"/> |