



HCHS/SOL Identifiers and Addresses (IDS)

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

FORM CODE: IDS
VERSION: 3, 7/17/2020

Contact Occasion

<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	3

Occurrence

<input type="text"/>	<input type="text"/>
0	1

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: //

0b. Staff ID:

Instructions: Complete this form for each eligible participant. All responses are important to complete fully, including the contacts. Use location codes at end for coding address. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Voy a preguntarle su nombre completo, su dirección y su número de teléfono. Por favor, recuerde que toda la información que nos da es confidencial y solamente el personal certificado de HCHS/SOL tendrá acceso a esta información.

A. Identifying Information

1 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

f. Apellido Legal: _____

g. Extensión o sufijo al apellido: _____

Como parte de la información confidencial que recopilamos de los participantes de HCHS/SOL le pedimos su número de seguro social. Por favor, revise la declaración sobre la divulgación de información personal a medida que se la lea. La declaración explica las razones por las que le estamos pidiendo su número de seguro social y que el darnos este número es voluntario.

Declaración sobre la divulgación de información personal: Le estamos pidiendo su número de seguro social porque los datos de este estudio se relacionarán con los datos que dan los proveedores de salud sólo con propósitos de realizar estudios sobre la salud. Esta información se mantendrá de manera confidencial de acuerdo a la Ley de Privacidad de 1974 y se usará solamente con propósitos de realizar estudios sobre la salud. El dar esta información al *Estudio de la Salud de la Comunidad Hispana/Estudio de los Latinos* es completamente voluntario de su parte, pero es sumamente importante para los propósitos de este estudio.

(Interviewer: After reading the Disclosure Statement, ask participant if he/she has any questions)

2 ¿Tiene un número de Seguro Social?

No **Go to Question 3**

Sí

Don't know/Not sure **Go to Question 3**

Refused **Go to Question 3**

ID NUMBER:

Contact Occasion

Occurrence

11 ¿Cómo prefiere recibir la información que le enviamos? (select only one)

- Correo regular 1
- Correo electrónico (email) 2
- Redes sociales (Facebook and Twitter) 3
- En persona al momento de la visita al centro 4
- Mensaje de texto 5
- Otro 6

11.a. Especifique: _____

C. Local Contact 1 [Some information Pre-filled by CDART]

12 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

13 Relación: _____

13.a. ¿Es este un contacto alterno designado (ARE)? No Sí

14 Domicilio (dirección) actual 1 (nombre de la calle, número, prefijo, sufijo o tipo de calle)

14.a. Domicilio (dirección) actual 2 (tipo de unidad, PO Box, ruta o zona rural)

14.a.1 Country/Territory *If Country outside the US, Go to Question 14a2*

14.a.2 If other, specify: _____

14.b. City: _____

14.c. County: _____

14.d. US State/Territory State: _____

14.e. Out of Country State: _____

14.f. Zip Code: -

15 Teléfono: + (() -

ID NUMBER:

FORM CODE: IDS
VERSION: 3, 7/17/2020

Contact Occasion

0 3

Occurrence

0 1

20.a. Este número es: Celular Número de la Casa

21 Email address 1:

21.a. Email address 2:

E. Local Contact 3 [Some information Pre-filled by CDART]

22 a. Título: _____ b. Primer Nombre: _____

c. Segundo Nombre: _____

d. Apellido Paterno: _____

e. Apellido Materno: _____

23 Relación: _____

23.a. ¿Es este un contacto alternativo designado (ARE)? No Sí

24 Domicilio (dirección) actual 1 (nombre de la calle, número, prefijo, sufijo o tipo de calle)

24.a. Domicilio (dirección) actual 2 (tipo de unidad, PO Box, ruta o zona rural)

24.a.1 Country/Territory **If Country outside the US, Go to Question 24a2**

24.a.2 If other, specify: _____

24.b. City: _____

24.c. County: _____

24.d. US State/Territory State: _____

24.e. Out of Country State: _____

24.f. Zip Code: -

25 Teléfono: + () -
Country code area code phone

ID NUMBER:

FORM CODE: IDS
VERSION: 3, 7/17/2020

Contact
Occasion

0 3

Occurrence

0 1

25.a. Este número es: Celular 1 Número de la Casa 2

26 Email address 1:

26.a. Email address 2: