



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 30 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. 8/31/2017

HCHS/SOL Informant Interview_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: IIS
VERSION: 1, 1/15/2015

Contact Occasion 0 SEQ #

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /
Month Day Year

0b. Staff ID:

Instructions: The informant interview form is completed for each informant for an eligible death as determined by the HCHS/SOL event investigation protocol.

Decedent's name: _____ Informant name: _____

Date of death: / /

Age at death:

Date of birth: / /

Place of death: _____

“Buenos días/Buenas tardes/Buenas noches, mi nombre es (interviewer’s name) y trabajo para el Estudio sobre la Salud de la Comunidad Hispana / Estudio de los Latinos (SOL). Estoy llamando acerca de (name of decedent) que participaba en este estudio”.

[Once it is established you are speaking with the informant, continue with the script below. If the informant is not available determine a time to call back. If the interviewer determines that the person they are speaking with is knowledgeable of the circumstances surrounding the decedent’s death, the interview with this person should continue. See procedure manual for more details.]

Yo quisiera darle mi sentido pésame por su pérdida. Tenemos entendido que usted ha sido identificado(a) como la persona que pudiera ayudarnos a finalizar la documentación sobre (decedent name). Necesito hacerle unas breves preguntas acerca de las circunstancias de la muerte de (name). ¿Sería este un momento conveniente para hablar?

No —————> ¿Cuándo sería conveniente que volviera a llamar? _____

Sí —————> Gracias. Si tiene alguna pregunta, por favor, hágamelo saber.

1. Antes de empezar, ¿me podría decir cuál es su parentesco o relación con (insert name of decedent)?
(La persona entrevistada tenía el siguiente parentesco o relación con el/la fallecido(a).)

- Esposo(a) 1
- Hijo(a) 2
- Padre o madre 3
- Amigo(a) 4
- Compañero(a) de trabajo 5
- Otro pariente 6
- Otro 7

Especificar la relación: _____

A. CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH

“Ahora, quisiera preguntarle acerca de las circunstancias y el historial médico de (insert decedent’s name)”.

2. “Por favor, hábleme acerca (sobre) la salud en general de (insert decedent’s name) el día que falleció y el fallecimiento en sí”.

Record a brief synopsis of the events surrounding the death as related by the informant.

“Puede que algunas de las preguntas restantes repitan la información que ya obtuvimos, pero eso nos ayuda a obtener detalles más específicos”.

3. ¿Dónde estaba (insert decedent’s name) cuando falleció? (Mark only one response.)

- En su casa 0
- En su trabajo 1
- En un edificio público 2
- En un autobús o transporte público 3
- En un auto 4
- En un asilo (centro de cuidados) 5
- En una sala de emergencias 6
- En una ambulancia 7
- En un hospital 8
- Lugar desconocido 9
- Otro 10 Especificar: _____

4. ¿Estaba alguien presente cuando él/ella falleció?

- No 0
- Sí 1 **Skip to question 7**
- Unknown 9

5. ¿Estaba alguien lo suficientemente cerca para oír a (insert decedent's name) si él/ella hubiera pedido ayuda?

- No 0
 Sí 1
 Unknown 9

6. ¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que se sabe que (insert decedent's name) estaba vivo(a) hasta que se le encontró muerto(a)?

- Menos de 5 minutos 1
 De 5 minutos a 1 hora 2
 De 1 a 24 horas 3
 Más de 24 horas 4
 Unknown 9

All responses Skip to question 8

7. Por favor, dígame quién estuvo presente. (Mark all that apply.)

- | | NO | Yes |
|---|----------------------------|--|
| Yo mismo(a) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> Skip to question 9 |
| Persona(s) encargada(s) de la atención médica | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| Otra(s) persona(s) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

8. ¿Cuándo fue la última vez que vio a (insert decedent's name) antes de su muerte?

- Menos de 5 minutos 1
 De 5 minutos a 1 hora 2
 De 1 a 24 horas 3
 Más de 24 horas 4
 Unknown 9

B. MEDICAL HISTORY

“Las siguientes preguntas se refieren al historial médico de (insert decedent's name)”.

9. ¿Estaba él/ella confinado a la casa o a salir de la casa solamente con ayuda, o con mucho esfuerzo, o no tenía él/ella limitaciones para realizar sus actividades?

- Limitado(a) a quedarse en casa 1
 Podía salir solamente con ayuda o con mucho esfuerzo 2
 No estaba limitado(a) 3

10. ¿Había estado hospitalizado(a) durante las cuatro semanas antes de su muerte?

- No 0 **Skip to question 14**
 Sí 1
 Unknown 9 **Skip to question 14**

11. ¿Por qué motivo fue hospitalizado(a)? (Select all that apply.)

- | | No | Sí |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Unknown | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| b. Ataque al corazón o enfermedad del corazón | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| c. Derrame cerebral, apoplejía o ataque cerebral | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| d. Cirugía del corazón | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| e. Procedimiento quirúrgico (aparte del corazón) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| f. Enfisema, bronquitis crónica o enfermedad crónica pulmonar obstructiva (COPD) | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| g. Pulmonía | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| h. Infección | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| i. Otra condición | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| j. Si otra, por favor especifique: _____ | | |

12. En qué fecha ocurrió esta hospitalización?

		/			/			
Mes			Día			Año		

13. ¿Cuál es el nombre del hospital y dónde está localizado? _____

14. ¿Vio un médico a (insert decedent's name) en las últimas cuatro semanas antes de su muerte?

- | | | | |
|---------|---|--------------------------|----------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 16 |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Unknown | 9 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 16 |

15. ¿Cómo se llama el médico y cuál es la dirección del médico?

C. SYMPTOMS

“La siguiente serie de preguntas tiene que ver específicamente con síntomas como dolor o malestar que (insert decedent's name) haya tenido al momento de su muerte”.

16. ¿Sintió él/ella dolor, molestia o presión en el pecho, el brazo izquierdo o la mandíbula?

- | | | | |
|---------|---|--------------------------|----------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 23 |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| Unknown | 9 | <input type="checkbox"/> | Skip to question 23 |

17. ¿Este dolor, molestia o presión incluyó específicamente el pecho?

- | | | |
|---------|---|--------------------------|
| No | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Sí | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Unknown | 9 | <input type="checkbox"/> |

ID NUMBER:									FORM CODE: IIS VERSION: 1, 1/15/2014	Contact Occasion	0		SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	------------------	---	--	-------	--	--

17a. ¿Alguna vez tomó (insert decedent's name) nitroglicerina para este dolor?

- No 0
 Si 1
 Unknown 9

18. ¿Eran nuevos estos síntomas o habían ocurrido anteriormente?

- Síntomas nuevos 1 **Skip to question 23**
 Habían ocurrido anteriormente 2
 Unknown 9

19. ¿Se hacían más frecuentes estos síntomas o duraban más?

- No 0
 Sí 1
 Unknown 9 **

20. ¿Se tornaban más intensos estos síntomas?

- No 0
 Sí 1
 Unknown 9 **

****If No or Unknown to Questions 19 and 20, skip to Question 22****

21. ¿Durante qué periodo de tiempo se tornaron estos síntomas más prolongados, de mayor frecuencia o más gravedad?

- Días 1
 Semanas 2
 Meses 3
 Unknown 9

22. ¿Sintió él/ella falta que le faltaba el aire, o respiraba con dificultad?

- No 0 **Skip to item 23**
 Sí 1
 Unknown 9 **Skip to item 23**

22a. ¿Sintió él/ella que le faltaba el aire, o respiraba con dificultad mientras descansaba?

- No 0
 Yes 1
 Unknown 9

“Disculpe si esta pregunta suena insensible o si lo(a) hace sentirse incómodo(a). Permítame asegurarle que respetamos sus sentimientos acerca de este infortunado incidente”.

23. ¿Cuánto tiempo pasó desde que (insert decedent's name) sintió los últimos síntomas hasta que dejó de respirar por sí mismo(a)?

- Menos de 5 minutos 1
- Menos de 1 hora 2
- Menos de 24 horas 3
- Más de 24 horas 4
- Unknown 9

D. EMERGENCY MEDICAL CARE

“Las siguientes preguntas tratan de la atención médica de emergencia que (insert decedent's name) pueda haber recibido antes de morir, o al momento de morir. Puede que usted ya haya dado esta información en alguna respuesta a una pregunta anterior. Ya que es importante obtener información específica con respecto a la atención médica de emergencia, espero que no le importe que algunas preguntas parezcan repetidas”.

24. ¿Llamó alguien a un médico, ambulancia u otro personal de emergencias médicas?

- No 0 **Skip to question 25**
- Sí 1
- Unknown 9 **Skip to question 25**

24a. ¿Cuánto tiempo pasó desde que empezaron los últimos síntomas hasta que llamaron para solicitar atención médica?

- 5 minutos o menos 1
- 10 minutos o menos 2
- 1 hora o menos 3
- 6 horas o menos 4
- 24 horas o menos 5
- Más de 24 horas 6
- Unknown 9

24b. ¿Cuánto tiempo pasó desde que llamaron para solicitar atención médica hasta el momento en que llegaron?

- 5 minutos o menos 1
- 10 minutos o menos 2
- 1 hora o menos 3
- 6 horas o menos 4
- 24 horas o menos 5
- Más de 24 horas 6
- Unknown 9

ID NUMBER:									FORM CODE: IIS VERSION: 1, 1/15/2014	Contact Occasion	0		SEQ #		
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	---	------------------	---	--	-------	--	--

25. ¿Se intentaron medidas de resucitación como resucitación cardiopulmonar (CPR)?

- No 0
 Yes 1
 Unknown 9

26. ¿Llevaron a (insert decedent's name) al hospital, a la sala de emergencia o a algún otro local de atención médica de emergencia?

- No 0
 Sí 1
 Unknown 9

E. ADDITIONAL INFORMANTS

27. ¿Hay alguna otra persona con la que podríamos comunicarnos quien pudiera darnos información adicional acerca de las circunstancias alrededor de la muerte de (insert decedent's name) o su condición general de salud?

- No 0 **Skip to Closing Script**
 Yes 1
 Unknown 9 **Skip to Closing Script**

28. ¿Qué relación o parentesco tiene esta persona con (insert decedent's name)?

- Esposo(a) 1
 Hijo(a) 2
 Padre o madre 3
 Amigo(a) 4
 Compañero(a) de trabajo 5
 Otro pariente 6
 Otro 7

28a. Especificar la relación: _____

29. ¿Cuál es el nombre y la dirección de esta persona?

F. CLOSING SCRIPT

“Muchas gracias por su ayuda en este estudio. ¿Tiene alguna pregunta? Nuevamente, gracias por su ayuda”.

G. RELIABILITY (To be completed after the interview)

30. On the basis of these questions, give your rating of reliability of the interview.

- Poor 1
 Fair 2
 Good 3