



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 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 Visit 2 Participant Disability Screening Form

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

FORM CODE: PDS
VERSION: 1, 9/10/2014

Contact Occasion

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

SEQ #

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

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date (mm/dd/yyyy):

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

0b. Staff ID:

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

Instructions: This disability screening form must be completed after informed consent administration and before the participant has their Second Examination. Positive responses to Questions 1 – 6 should be noted on the Exam Itinerary Checklist for routing purposes during the visit. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Introductory Script for staff:

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre problemas que pudiera tener al realizar actividades normales del diario vivir (vida diaria).

A. Disability Status

No Sí

- | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. ¿Tiene sordera o serias dificultades para escuchar (oír)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Tiene ceguera o serias dificultades para ver, aun cuando usa lentes (espejuelos, gafas)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene serias dificultades para caminar o subir escaleras? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Tiene dificultad para caminar media milla (aproximadamente 1 kilómetro)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse (por su propia cuenta)? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Tiene dificultad para hacer diligencias, como ir a la oficina del médico o de compras por su cuenta, debido a (que hayan sido consecuencia de, que hayan sido provocados por) alguna condición física, mental o emocional? | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |