



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- Well Being

ID NUMBER:

FORM CODE: WBS  
VERSION: 1, 6/28/2014

Contact Occasion   SEQ #

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /     0b. Staff ID:

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

### A. CES-D 10

*Aquí le presento una lista de frases que describen cómo pudo haberse sentido o comportado. Por favor, indique con qué frecuencia se ha sentido de esta manera durante la semana pasada. Puede responder con 'raramente o ninguna vez', que significa menos de un día a la semana, 'algunas veces o pocas veces, que significa uno a dos días a la semana, 'ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado', que significa tres o cuatro días a la semana o 'la mayor parte del tiempo, que significa cinco a siete días a la semana. Escoja una opción para cada frase.*

	Raramente o ninguna vez (<1 día)	Algunas o pocas veces (1-2 días)	Ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderado (3-4 días)	La mayor parte del tiempo (5-7 días)
1. Me molestaron cosas que usualmente no me molestan.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2. Tuve dificultad en mantener mi mente en lo que hacía.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. Me sentí deprimido(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5. Me sentí con esperanza en el futuro.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6. Me sentí con miedo.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Mi sueño fue inquieto.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Estuve contento(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9. Me sentí solo(a).	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
10. No tuve ganas de hacer nada.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

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

FORM CODE: WBS  
VERSION: 1, 6/28/2014

Contact  
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

**B. GAD-7**

Durante las **últimas dos (2) semanas**, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ninguna	Por varios días	Durante más de la mitad de los días	Casi todos los días
11. Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
12. No poder dejar o controlar la preocupación	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
13. Preocuparse demasiado por cosas diferentes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
14. Problemas para relajarse	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
15. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
16. Molestarse o irritarse fácilmente.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
17. Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>