

ICPSR 36537

**Hispanic Established Populations
for the Epidemiologic Study of the
Elderly (HEPESE) Wave 7,
2010-2011 [Arizona, California,
Colorado, New Mexico, and Texas]**

Respondent Questionnaire, Wave 7 (Spanish)

Inter-university Consortium for
Political and Social Research
P.O. Box 1248
Ann Arbor, Michigan 48106
www.icpsr.umich.edu

Hispanic Established Populations for the Epidemiologic Study of the Elderly (HEPESE) Wave 7, 2010-2011 [Arizona, California, Colorado, New Mexico, and Texas]

Kyriakos Markides

UTMB

Nai-Wei Chen

UTMB

Ronald Angel

UT-Austin

Raymond Palmer

UT-San Antonio, Health Science Center

James Graham

UTMB

Terms of Use

The terms of use for this study can be found at:
<http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/36537/terms>

Information about Copyrighted Content

Some instruments administered as part of this study may contain in whole or substantially in part contents from copyrighted instruments. Reproductions of the instruments are provided as documentation for the analysis of the data associated with this collection. Restrictions on "fair use" apply to all copyrighted content. More information about the reproduction of copyrighted works by educators and librarians is available from the United States Copyright Office.

NOTICE WARNING CONCERNING COPYRIGHT RESTRICTIONS

The copyright law of the United States (Title 17, United States Code) governs the making of photocopies or other reproductions of copyrighted material. Under certain conditions specified in the law, libraries and archives are authorized to furnish a photocopy or other reproduction. One of these specified conditions is that the photocopy or reproduction is not to be "used for any purpose other than private study, scholarship, or research." If a user makes a request for, or later uses, a photocopy or reproduction for purposes in excess of "fair use," that user may be liable for copyright infringement.

HARRIS INTERACTIVE INC.
161 Sixth Avenue
New York, New York 10013

FOR OFFICE USE
Questionnaire No.:
Card Number

ID#: / / / / /

Study No. 36756

SP# / / / / /

Date: March 2010

Mexican-American Elderly—Phase VII Re-interview-Spanish

Interviewer: Is this the same address as before? ___ Yes (1) ___ No (2)

Time Started: _____ A.M./P.M.

Interviewer _____ Date of Interview: _____

Area Code: _____ Telephone No.: _____

Buenos días/Buenas tardes, me llamo _____ y soy un(a) empleado(a) de Harris Interactive, la firma nacional de investigación y sondeos en Nueva York mejor conocida como La Encuesta De Harris (Harris Poll). Puedo hablar con (RESPONDENT NAME). Quizás nos recuerda de la entrevista en que participaba desde hace tres años. Estamos administrando un estudio subsiguiente sobre la salud en su comunidad.

Estamos interesados particularmente en hablar con personas mayores, Mexicano-Americanos e hispanicos, sobre su salud y experiencias con el cuidado de su salud. Como usted sabe, estamos administrando esta entrevista para la Universidad de Texas en Galveston.

S3.P Para empezar, permítame asegurar que tenga su nombre escrito correctamente.

Nombre : _____
FIRST MIDDLE LAST (both)

S4.P ¿Cuándo nació Ud.? / / - / / - / / / / P. / / / /
Mes Día Año Edad en Años

PROXY ONLY

S5.P ¿Qué tipo de parentesco tiene el proxy con el sujeto? / / / (Use Relationship Codes)

CODES FOR RELATIONSHIPS:

01 = Respondiente es el/la jefe(a) de la casa
(for B2 only)

02 = Esposo(a)

03 = Hijo(a) - incluya entendedor(a)/hijastro(a)

04 = Yerno/Nuera

05 = Nieto(a)

06 = Padre(s)

07 = Hermano(a)

08 = Sobrino(a)

09 = Primo(a)

10 = Tío(a)

11 = Bisnieto(a)

12 = Otro pariente/familiar (ESPECIFIQUE):

13 = Amigo(a)

14 = Inquilino(a)

15 = Empleado(a)

16 = Otra persona que no es familia
(ESPECIFIQUE):

17 = Cuñado(a)

98 = No sé

99 = Se negó

FROM OBSERVATION : P Sexo del entrevistado

Hombre.....-1
Mujer.....-2

(INTERVIEWER: WHEN CONDUCTING PROXY INTERVIEW, QUESTIONS MARKED "P" SHOULD BE ASKED OF PROXY; "P-R" QUESTIONS, WHEN POSSIBLE, SHOULD BE ASKED OF RESPONDENT. DURING A PROXY INTERVIEW, ALL QUESTIONS REFER TO THE RESPONDENT.)

BASE: ALL RESPONDENTS

A10.P Actualmente ¿está usted casado(a), separado(a), divorciado(a), viudo(a), o nunca se ha casado? (INCLUDE COMMON LAW MARRIAGES UNDER MARRIED)

Casado/a.....	-1	}	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">ASK Q.A11</div>
Separado/a.....	-2		
Divorciado/a.....	-3		
Viuda/o.....	-4		
Nunca casado/a.....	-5	}	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">SKIP TO Q.B1</div>
No sé.....	-8		
Se negó.....	-9		

BASE: MARRIED/SEPARATED/DIVORCED/WIDOWED (A10/1-4)

A11.P ¿Por cuánto tiempo ha estado Ud. (casado/separado/divorciado/viudo)?

Años /___/___/ [RANGE 0-97]
 98 No sé
 99 Se negó

B. TIPO DE VIVIENDA

BASE: ALL RESPONDENTS

B1.P ¿Cuántas personas viven aquí en esta casa?

/___/___/___
 No sé.....-8
 Se negó.....-9

BASE: ALL RESPONDENTS

B2.P ¿Cómo se llama el(la) jefe(a) de esta casa y que tipo de parentesco tiene con usted o con el respondiente?

¿ Nombre y Parentesco?: _____

Relationship code: /___/___/ (Use relationship codes from page 1)

IF ONLY 1 PERSON IN Q.B1, SKIP TO Q.B6 -ALL OTHERS ASK Q.B4

BASE: MORE THAN 1 PERSON IN HOUSEHOLD (B1>1)

B4.P Ahora quisiera saber ¿qué parentesco tienen con usted las OTRAS personas que viven aquí? (DEME POR FAVOR SU **PRIMER NOMBRE** Y CLASE DE PARENTESCO CON USTED. **DO NOT REPEAT RESPONDENT'S NAME OR HEAD OF HOUSEHOLD.** RECORD INFORMATION FOR THE FIRST SIX PEOPLE IN ANY ORDER)

Relación Clave INICIALES/PRIMER NOMBRE (Use relationship codes from Page 1)

/___/___/	_____	/___/___/	_____
/___/___/	_____	/___/___/	_____
/___/___/	_____	/___/___/	_____

BASE: ALL RESPONDENTS

B6P. ¿Se ha mudado desde la última vez que hablamos con usted?

Sí -1
 No -2
 No sé -8
 Se negó -9

ASK Q.B6a

ASK Q.B7

BASE: HAS MOVED (B6/1)

B6aP. ¿Porqué se mudó?

Necesitaba mudarme a un centro de
 asistencia -1
 Para estar más cerca de mis hijos -2
 Otro (Especifique)
 -3
 No sé -8
 Se negó -9

BASE: ALL RESPONDENTS

B7P. ¿Se ha venido alguien a vivir con usted desde la última vez que hablamos?

Sí -1
 No -2
 No sé -8
 Se negó -9

ASK Q.B7a

SKIP to Q.D1

BASE: SOMEONE HAS MOVED IN SINCE LAST TIME (B7/1)

B7aP. ¿Quién vino a vivir con usted? (RECORD RELATIONSHIP CODE FOR UP TO FOUR PEOPLE)

/ / / / / (Use relationship codes from page 1)

BASE: SOMEONE HAS MOVED IN SINCE LAST TIME (B7/1)

B7bP. ¿Por qué vino (PERSONA) a vivir con usted?

Yo necesitaba ayuda cuidandome ó cuidando (arreglando) la casa -1
 (PERSONA) necesitaba un sitio para vivir o quedarse -2
 Otro(Especifique)
 -3
 No sé -8
 Se negó -9

D. APOYO SOCIAL Y CONTACTOS FAMILIARES

BASE: ALL RESPONDENTS

D1.P Ahora me gustaría saber ¿cuántos hijos e hijas vivos (incluyendo los adoptados o hijastros/entenados) tiene usted?

NUMERO DE HIJOS e HIJAS: / / / (CODE 00 FOR NONE)
 No sé -98
 Se negó -99

IF RESPONDENT HAS NO CHILDREN, SKIP TO Q.D5 -- ALL OTHERS ASK Q.D1a

BASE: HAS LIVING CHILDREN (D1>0, NE 98,99)

D1a. Ahora me gustaría saber más de sus hijo e hijas vivos. Para cada hijo, deme sus iniciales, su sexo, su edad, y proximidad a usted.

(ASK EACH ITEM OF EVERY LIVING CHILD. THE CHILDREN DO NOT HAVE TO BE LISTED IN ANY SPECIFIC ORDER; LET THE RESPONDENT LIST THEM AS THEY COME TO MIND. REPEAT THE COLUMN HEADINGS AS OFTEN AS NECESSARY.)

	Iniciales	Sexo	Edad	Vive en la misma casa		Vive en el mismo vecindario		Vive más lejos que una hora en carro	
Child 1: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Child 2: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Child 3: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Child 4: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Child 5: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Child 6: _____	M	F	/ / /	Sí	No	Sí	No	Sí	No

(IF MORE THAN 6 CHILDREN, USE SUPPLEMENTAL TABLE AT END OF QUESTIONNAIRE)

BASE: HAS LIVING CHILDREN (D1>0, NE 98,99)

D2.P ¿Cuántos de sus (NUMBER OF CHILDREN FROM Q.D1) hijos ve usted por lo menos una vez al mes?

/ / / (CODE 00 FOR NONE)

No sé-98

Se negó-99

(ANSWER IN Q.D2 MUST BE LESS THAN OR EQUAL TO NUMBER OF CHILDREN IN Q.D1)

BASE: ALL RESPONDENTS

D5. ¿Cuántos parientes tiene usted con los que se siente más cercano - que usted se siente cómodo/a con ellos, con los que puede hablar acerca de sus asuntos privados, o usted puede llamar? (NO INCLUYA hijos ni esposo(a) INCLUYA hermanos y parientes políticos)

/ / / (CODE 00 FOR NONE)

No sé-98

Se negó-99

IF RESPONDENT IS CLOSE TO RELATIVES ASK Q.D5A - OTHERS (NO RELATIVES) SKIP TO QD7 OR QD6

(D5a IS **NOT** HOW OFTEN THEY SEE THE RELATIVES, BUT HOW MANY OF THOSE IN D5 THAT THEY SEE . THE ANSWER CANNOT BE GREATER THAN THE NUMBER OF RELATIVES IN D5.)

BASE: HAS RELATIVES (D5>0, NE 98,99)

D5a. ¿Cuántos de sus parientes (#RELATIVES IN Q.D5) ve usted por lo menos una vez al mes?

/ / / (CODE 00 FOR NONE)

No sé-98

Se negó-99

BASE: HAS LIVING CHILDREN (D1>0, NE 98,99)

D7. **P** En los ultimos dos años, ¿Su esposo(a) y Uds., en total, pasaron cien o más horas cuidando de sus nietos o bisnietos?

Sí	-1
No	-2
No sé	-8
Se negó	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

D6. Además de los miembros de su familia, ¿cuántos amigos cercanos tiene usted ? -gente con la que usted se siente cómodo(a), que puede hablar acerca de sus asuntos privados, o que puede llamar cuando necesita ayuda.

/ / / (CODE 00 FOR NONE)	
No sé	-98
Se negó	-99

IF RESPONDENT HAS CLOSE FRIENDS ASK Q.D6a - OTHERS (NO FRIENDS OR DK/REF) SKIP TO QD3

(D6a IS **NOT** HOW OFTEN THEY SEE THE FRIENDS BUT HOW MANY OF THOSE IN D6 THAT THEY SEE. THE ANSWER CANNOT BE GREATER THAN THE NUMBER OF FRIENDS IN D6.)

BASE: HAS CLOSE FRIENDS (D6>0, NE 98,99)

D6a. ¿Cuántos de sus amigos cercanos ve usted por lo menos una vez al mes?

/ / / (CODE 00 FOR NONE)	
No sé	-98
Se negó	-99

BASE: ALL RESPONDENTS

D3. **USE SHOW CARD #1** Cuando usted tiene problemas, ¿puede usted depender al menos de algunos de sus familiares o amigos casi todo el tiempo, algunas veces, o casi nunca?

Casi todo el tiempo	_____ -1
Algunas veces	_____ -2
Casi nunca	_____ -3
No sé	_____ -8
Se negó	_____ -9

BASE: ALL RESPONDENTS

D4. **USE SHOW CARD #1** ¿Puede usted hablar sobre sus problemas más serios, al menos con algunos de sus familiares o amigos, casi todo el tiempo, algunas veces, o casi nunca?

Casi todo el tiempo	_____ -1
Algunas veces	_____ -2
Casi nunca	_____ -3
No sé	_____ -8
Se negó	_____ -9

BASE: ALL RESPONDENTS

D8. [IF MARRIED (QA10/1), SAY: Además de su esposo/a,] puede por favor usted darme el nombre, número de teléfono, dirección, y dirección de correo electrónico del hijo/a o persona que más le ayuda o aconseja, la persona que mejor le conoce a usted.

Nombre (Last, First, MI): _____

Partenesco con el sujeto: _____ (use relationship codes from page 1) / ___/___/

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

G. ESTIMAR SU SALUBRIDAD

BASE: ALL RESPONDENTS

G1.P **USE SHOW CARD #2** Ahora me gustaría hacerle preguntas acerca de su salud. ¿Diría usted que su salud en general es excelente, muy buena, regular, o mala?

Excelente..... -1
Buena..... -2
Regular..... -3
Mala..... -4
No sé..... -8
Se negó..... -9

M. DIABETES

BASE: ALL RESPONDENTS

M1.P ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de diabetes, tiene azucar en la orina, ó el azucar alta en la sangre? (INTERVIEWER: IF RESPONDENT MENTIONS "GLUCOSE INTOLERANT" OR "GLUCOSE PROBLEM" OR "BORDERLINE" CODE AS "YES")

Sí -1
No -2
No sé -8
Se negó..... -9

ASK Q.M2

SKIP TO Q.P8
CAIDAS.

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M2.P ¿A qué edad le dijo un médico por primera vez que usted tiene diabetes? (IF NECESSARY: PROBE FOR AGE OR DECADE AT DIAGNOSIS TO ESTIMATE AGE OF DIAGNOSIS.)

/ / / / edad No sé..... -98 Se negó..... -99

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M3.P ¿Actualmente está tomando medicina para la diabetes?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó..... -9

ASK Q.M6

SKIP TO Q.M8a.

BASE: TAKING MEDICINE FOR DIABETES (M3/1)

M6.P ¿Actualmente, está recibiendo inyecciones de insulina?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó.. -9

BASE: TAKING MEDICINE FOR DIABETES (M3/1)

M6b.P ¿Actualmente está tomando píldoras o pastillas para la diabetes?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó.. -9

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8a.P Debido a la diabetes, ¿ha tenido usted problemas con los riñones?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó.. -9

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8d.P Debido a la diabetes, ¿Ha tenido alguna vez algún problema con sus ojos?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó.. -9

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8f.P Debido a la diabetes, ¿Ha tenido usted alguna vez problemas con la circulación en las piernas o en los brazos?

Sí..... -1
No..... -2
No sé..... -8
Se negó.. -9

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8g.P ¿Debido a la diabetes le han amputado alguna parte del cuerpo?

Sí..... -1
No -2
No sé..... -8
Se negó. -9

P. CAÍDAS

BASE: ALL RESPONDENTS

“Hablares acerca de las caídas o el riesgo de sufrir una caída. Caída es el acto de terminar en el piso, suelo, o nivel bajo en forma no intencional, ya sea que te lastimes o no.” Se excluye, cuando la persona que se cae y termina en una silla o en la cama.

Q.P8.P USE SHOW CARD #3 Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces sufrió una caída, terminando en el suelo o el piso?

Ninguna.-1	}	SKIP TO QP10
Una vez-2		
Dos veces-3		
Tres o más veces.-4		
No sé-8	}	SKIP TO QP10
Se negó-9		

ASK Q.P9 IF RESPONDENT HAS FALLEN ONE OR MORE (Q.P8/2,3, OR 4). ALL OTHERS ASK Q.P10
BASE: FALLEN ONE OR MORE TIMES

BASE: FALLEN ONE OR MORE TIMES (P8/2-4)

Q.P9.P Como consecuencia de haber sufrido (esta caída/alguna de estas caídas), ¿tuvo que ir a la sala de Emergencias o al Hospital?

Sí-1
No.-2
No sé.-8
Se negó.-9

BASE: ALL RESPONDENTS

Q.P10. USE SHOW CARD #4 ¿Cuánto miedo tiene de caerse? ¿Diría usted que tiene

Nada-1
Poco Miedo-2
Miedo Moderado ..-3
Mucho Miedo-4
No sé-8
Se negó-9

P Dolor

BASE: ALL RESPONDENTS

P5. En el mes pasado, ¿notó algún dolor o malestar al estar de pie ó al caminar?

Sí.....-1	}	ASK Q. P5a.
No-2		
No sé.....-8		
Se negó.....-9		
		SKIP TO Q.Q1a

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5a. ¿Dónde le dolía? (Multiple record, check all that apply)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>
Espalda.....	1	2
Cadera.....	1	2
Rodillas.....	1	2
Tobillos/Pies.....	1	2
Piernas.....	1	2
Todo el cuerpo...	1	2
Otro lugar (Especifique):		
Don't know.....	8	
Refused.....	9	

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5b. ¿El dolor duró más de 4 semanas?

Sí.....	-1
No.....	-2
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5c. **USE SHOW CARD #5** ¿En el mes pasado, qué tanto le impidió el dolor ó el malestar sus actividades normales -- mucho, un poco o nada?

Mucho.....	-1
Un poco.....	-2
Nada.....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5d. **USE SHOW CARD #5** ¿En el mes pasado, que tanto le impidió el dolor ó el malestar dormir por las noches -- mucho, un poco o nada?

Mucho.....	-1
Un poco.....	-2
Nada.....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P6. ¿Ha consultado Ud. con un médico por el dolor?

Sí.....	-1
No.....	-2
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P6b. ¿toma Ud. algo para el dolor?

Sí.....	-1
Especifique _____	
No.....	-2
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

Q. INCONTINENCIA

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora tengo unas preguntas acerca de la orina.

Q1a. **USE SHOW CARD #6** En el mes pasado, ¿qué tan seguido o a menudo ha tenido usted dificultad en detener o controlar la orina hasta que pueda llegar al baño; nunca, casi nunca, a veces, casi todo el tiempo, o todo el tiempo?

Nunca	_____ -1
Casi nunca	_____ -2
A veces	_____ -3
Casi todo el tiempo	_____ -4
Todo el tiempo	_____ -5
Todo el tiempo (catéter o cáncer)	_____ -6
No sé	_____ -8
Se negó	_____ -9

BASE: ALL RESPONDENTS

Q12. **USE SHOW CARD #6** En el mes pasado, ¿ha perdido usted control y se ha ensuciado? (cuando Ud. no ha querido perder del control)?

Nunca	_____ -1
Casi nunca	_____ -2
Algunas veces	_____ -3
Casi siempre	_____ -4
Siempre	_____ -5
No sé	_____ -8
Se negó	_____ -9

R. PROBLEMAS (DURMIENDO) RELACIONADO A DORMIR

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora nos gustaría obtener información a cerca de qué tan bien duerme.

R1. En el mes pasado, qué tan frecuente usted (READ EACH ITEM): (DO NOT READ CHOICES)

	<u>Nunca</u>	<u>1-3</u> <u>Días</u>	<u>4-7</u> <u>Días</u>	<u>8-14</u> <u>Días</u>	<u>15+</u> <u>Días</u>	<u>No</u> <u>Se</u>	<u>Se</u> <u>Negó</u>
a. Tuvo problemas para dormirse.....	- 0	-1	-2	-3	- 4	-8	-9
b. Despertó varias veces durante la noche.....	- 0	-1	-2	-3	-4	-8	-9
c. Tuvo dificultad para quedarse dormido (incluyendo a despertar demasiado temprano) -0	-0	-1	-2	-3	-4	-8	-9
d. Despertó después de dormir lo acostumbrado sintiéndose cansado y desganado	- 0	-1	-2	-3	-4	-8	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

R2. USE SHOW CARD #7 ¿Cómo clasificaría Ud la calidad de su sueño durante el mes pasado?

Muy bien.....1
Bien.....2
Mala.....3
Muy mala.....4
No se..... 8
Se negó..... .9

BASE: ALL RESPONDENTS

R3.P USE SHOW CARD #8 ¿En promedio, cuantas horas duerme usted en un período de 24 horas?:
(READ EACH ITEM) (ASK RESPONDENT TO INCLUDE HOURS SPENT NAPPING)

Menos de 5 horas.....1
5 horas2
6 horas3
7 horas4
8 horas5
9 horas6
10 horas o mas7
No se.....8
Se negó.....9

S. AUDICIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

S5.P Tiene usted un aparato auditivo puesto?

Sí.-1
No.-2
No sé.-8

BASE: ALL RESPONDENTS

S5a.P (Con/Sin un aparato auditivo) ¿Usualmente, puede usted, oír y entender lo que las personas dicen sin verle la cara si esa persona le habla en voz normal en en cuarto callado?

Sí, sin un aparato-1
Sí, con un aparato-2
No.....-3
El sujeto es sordo.....-4
No Sé-8
Se Negó-9

BASE: ALL RESPONDENTS

S5b.P ¿ Cuando fue su último examen de audición?

Dentro del último año 1
Más de un año.....2
Nunca3
No sé8
Se negó9

V. VISIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

V6.P ¿Puede mirar bien para reconocer a un amigo o a un miembro de la familia (si es aplicable, cuando usa anteojos/lentes de contacto)?(READ EACH ITEM)?

	El sujeto				
	Sí	No	es Ciego	No Se	Se Nego
a. A través de la calle	-1	-2	-3	-8	-9
b. A través del cuarto	-1	-2	-3	-8	-9
c. A la distancia de un brazo de lejos	-1	-2	-3	-8	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

V6a.P ¿ Cuándo fue su último examen de visión?

Dentro del último año	1
Más de un año	2
Nunca	3
No sé	8
Se negó	9

K. HIPERTENSIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

K1.P ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene la presión alta ?

Sí.....	_____ -1	}
Sospechaba/Posiblemente.	_____ -2	
No.....	_____ -3	}
No sé.....	_____ -8	
Se negó.....	_____ -9	

ASK Q.K4

SKIP TO Q.GG1

BASE: HAVE EVER BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE HIGH BLOOD PRESSURE (K1/1,2)

K4.P ¿Actualmente, está tomando alguna medicina para la presión alta?

Sí.....	_____ -1
No	_____ -2
No sé.....	_____ -8
Se negó.....	_____ -9

GG. PRESIÓN ARTERIAL

BASE: ALL RESPONDENTS

GG1.P-R Ahora me gustaría tomarle el pulso y la presión arterial tres veces (dos veces sentado/a y una vez parado/a). Mientras que hago esto, por favor siéntese cómodamente y ponga los pies planos sobre el piso, no cruce las piernas o los tobillos. (IF THE RESPONDENT HAS REASON (E.G. BRUISING, OPEN SORE) FOR NOT TAKING BLOOD PRESURE - CODE NA.)

GG4.P-R First **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA__-97 Refused __-99

GG5.P-R Second **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA__-97 Refused __-99

(RECORD LOWEST SYSTOLIC/DIASTOLIC READING ON NOTE CARD.)

(DO NOT REMOVE CUFF UNLESS NECESSARY.)

(READ TO RESPONDENT):

Esté de pie por favor y relájese durante la serie siguiente de preguntas, después de lo cual quisiera tomar su presión arterial otra vez mientras que usted está de pie. Si usted no puede estar de pie, eso está muy bien, vamos a continuar.

U. OTROS PROBLEMAS DE LA SALUD**BASE: ALL RESPONDENTS**

U3.P ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que usted tenía algunos de las siguientes condiciones? (READ EACH ITEM)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No</u> <u>Se</u>	<u>Se</u> <u>Negó</u>
a. ¿Enfermedad de los riñones?	__-1	__- 2	__-8	__-9
b. ¿Úlcera de estomacal?.....	__-1	__- 2	__-8	__-9
d. ¿Enfermedad del hígado?	__-1	__- 2	__-8	__-9
f. ¿Osteoporosis?	__-1	__- 2	__-8	__-9
g. ¿Enfisema o bronquitis crónica (COPD)?	__-1	__- 2	__-8	__-9
h. ¿Enfermedad de Parkinson?	__-1	__- 2	__-8	__-9
j. ¿(Hombre) Problemas de la próstata?	__-1	__- 2	__-8	__-9
k. ¿ Tiróides u otros problemas de las glándulas?	__-1	__- 2	__-8	__-9
m. ¿ Anemia, cuenta de sangre baja?	__-1	__- 2	__-8	__-9
n. ¿Problemas con los ojos?	__-1	__- 2	__-8	__-9
(como cataratas, glaucoma, degeneración macular)				
q. ¿Fallo o enfermedad del corazón?	__-1	__- 2	__-8	__-9
u. ¿Enfermedad de Alzheimer's u otros problemas de la memoria?	__-1	__- 2	__-8	__-9
x. ¿Artritis o reumatismo?	__-1	__- 2	__-8	__-9
y. ¿Cáncer o un tumor maligno?	__-1	__- 2	__-8	__-9
● y5. If "Sí", tipo de cáncer?				
z. ¿Pneumonía?	__-1	__- 2	__-8	__-9
I1. ¿ Ha sufrido/sospechan un ataque del corazón, coronario, un infarto del miocardio, o trombosis coronaria?	__-1	__- 2	__-8	__-9
● I5. If "Sí", ¿Le hospitalizaron durante la noche para esto?	__-1	__- 2	__-8	__-9
J1. ¿ Ha sufrido o sospecha una apoplejía cerebral, coágulo de sangre en el cerebro, o hemorragia del cerebro?	__-1	__- 2	__-8	__-9
● J5. If "Sí", ¿ Le hospitalizaron durante la noche para esto?	__-1	__- 2	__-8	__-9
N1. ¿ Ha sufrido una fractura o una rotura de cadera?	__-1	__- 2	__-8	__-9
● N5. If "Sí", ¿ Le hospitalizaron durante la noche para esto?	__-1	__- 2	__-8	__-9
N3. ¿ Ha sufrido una fractura o una rotura de otros huesos?	__-1	__- 2	__-8	__-9
● N4. If "Sí", ¿cuál hueso fue?				

(INTERVIEWER: YOU REMAIN SEATED WITH YOUR EQUIPMENT ON THE TABLE OR COUNTER. IF THERE IS A FAMILY MEMBER AVAILABLE, YOU MAY ASK FOR THEIR ASSISTANCE.)

BASE: ALL RESPONDENTS

GG7P-R. First **standing** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA__-97 Refused __-99

(INTERVIEWER: TAKE THE BLOOD PRESSURE CUFF OFF AND MOVE EQUIPMENT AWAY FROM RESPONDENT.)

(GIVE THE SUBJECT THE INDEX CARD WITH THEIR LOWEST SEATED READINGS. INDICATE WARNING IF BP IS GREATER THAN (160/110).)

W6.P-R ¿Me puede decir en dónde estamos ahora mismo? Por ejemplo, ¿en qué estado estamos?

Arizona.....	_____	-1	Correct.....	_____	-1
California.....	_____	-2	Error.....	_____	-0
Colorado.....	_____	-3			
New Mexico...	_____	-4			
Texas.....	_____	-5			
Other: ESPECIFIQUE):					
	_____	-6			
No sé	_____	-8			
Se negó.....	_____	-9			

W7.P-R ¿En qué condado o distrito estamos?

Condado: _____ Correct. -1 Error.... -0

W8.P-R ¿En qué ciudad o pueblo estamos?

Ciudad: _____ Correct.. _____ -1 Error.... -0

W9.P-R ¿En qué piso de este edificio estamos? / / / / Piso

Basement..	_____	-1	Correct.....	_____	-1
Ground level.....	_____	-2	Error.....	_____	-0
No sé.....	_____	-8			
Se negó.....	_____	-9			

W10.P-R ¿Cuál es la dirección de este domicilio? (YOU ONLY NEED STREET ADDRESS -- IF THEY REFUSE TO ANSWER RECORD AS ERROR.)

Dirección: _____

Correct..... -1 Error -0

W11.P-R Le voy a nombrar tres cosas. Después que las diga yo, quiero que me las repita. Acuérdese qué son, porque le voy a pedir que las repita otra vez en unos momentos.

"MANZANA" "MESA" "CENTAVO"

(CLEARLY AND SLOWLY, ABOUT ONE SECOND FOR EACH. AFTER YOU HAVE SAID ALL THREE, ASK THE RESPONDENT TO REPEAT THE WORDS. THE FIRST REPETITION DETERMINES THEIR SCORE, BUT CONTINUE SAYING THEM (UP TO 6 REPETITIONS) UNTIL THE RESPONDENT CAN REPEAT ALL THREE. IF REFUSES TO ANSWER RECORD AS ERROR.)

	<u>Record Answers</u>	<u>Correct</u>	<u>Error</u>
a. Manzana.....	_____	-1	-0
b. Mesa.....	_____	-1	-0
c. Centavo	_____	-1	-0

RECORD NUMBER OF TRIALS: / / /

W12.**P-R** Ahora, quiero que usted me deletree una palabra. La palabra es "mundo". (IF THE RESPONDENT IS UNABLE TO SPELL THE WORD "MUNDO" SPELL IT FOR HIM/HER) Ahora, deletreeme "mundo" al revés.

O D N U M

LETTERS IN CORRECT ORDER:	1.....	_____	-1
	2.....	_____	-2
	3.....	_____	-3
	4.....	_____	-4
	5.....	_____	-5
	Illiterate/Can't read.....	_____	-6
	Ninguna.....	_____	-0
	Se negó.....	_____	-9

W13.**P-R** Ahora, ¿qué fueron las tres cosas que le pedí que recordara? (IF REFUSES TO ANSWER RECORD AS ERROR.)

	<u>Record Answers</u>	<u>Correct</u>	<u>Error</u>
a. Manzana.....	_____	-1	-0
b. Mesa.....	_____	-1	-0
c. Centavo.....	_____	-1	-0

SHOW RESPONDENT A WRIST WATCH AND ASK:

W14.**P-R** ¿Qué es esto? (IF RESPONDENT SAYS "RELOJ (de pulsera o de bolsillo)" COUNT AS CORRECT. IF REFUSES TO ANSWER RECORD AS ERROR.) (IF "CLOCK" PROBE: ¿Hay otro nombre para decirlo?) (THEN IF ONLY RESPONSE IS CLOCK, CODE AS ERROR)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Reloj	-1	-0	7

SHOW RESPONDENT A PENCIL AND ASK:

W15.**P-R** ¿Qué es esto? (IF REFUSES TO ANSWER RECORD AS ERROR.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Lápiz	-1	-0	7

W16.**P-R** Quiero que me repita una frase: La frase es (READ THEM). (ALLOW ONLY 1 TRIAL. CODE "CORRECT" REQUIRES AN ACCURATELY ARTICULATED REPETITION. CODE CORRECT IF "S" ARE DROPPED.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>
"No hay pero que valga" ..	_____ -1	_____ -0

(SHOW RESPONDENT THE CARD THAT HAS PRINTED ON IT: "CIERRE LOS OJOS")

W17.**P-R USE SHOW CARD #9** Por Favor lea las palabras en esta página y luego haga lo que dicen. (CODE "CORRECT" IF RESPONDENT CLOSES EYES.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Cierre los ojos	-1	-0	7

(READ THE FOLLOWING STATEMENT AND THEN HAND THE RESPONDENT A BLANK PIECE OF PAPER WITH BOTH HANDS.)

W18.**P-R** (Gracias, por favor abra los ojos ahora) Por favor, escuche las instrucciones que le voy a dar. Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé, tome el papel en la mano derecha, doble el papel por la mitad con las dos manos, y luego ponga el papel en el suelo/piso. (DO NOT REPEAT INSTRUCTION OR COACH.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>
INTERVIEWER OBSERVATION			
a. Takes paper in right hand	-1	-0	-7
b. Folds paper in half.....	-1	-0	-7
c. Puts paper down on the floor	-1	-0	-7

(GIVE RESPONDENT A PIECE OF PAPER AND A PEN OR PENCIL AND ASK THE FOLLOWING)

W19.**P-R** Escriba una frase completa en este papel por favor. (MUST HAVE A VERB AND A SUBJECT AND MAKE SENSE. SPELLING AND GRAMMATICAL ERRORS ARE OK.--ATTACH SHEET TO COMPLETED SURVEY.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>
Full sentence correctly written	-1	-0	-7

(HAND RESPONDENT DRAWING HOLDING IT WITH LEFT PENTAGON POINTING UP)

W20.**P-R USE SHOW CARD #10** Aquí está un dibujo. Por favor, copie exactamente el dibujo en el mismo papel. (MUST HAVE ALL 10 ANGLES, AND TWO PENTAGONS MUST INTERSECT. TREMOR AND ROTATION ARE IGNORED) (ATTACH SHEET TO COMPLETED QUESTIONNAIRE)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>
Diagram correctly copied	-1	-0	-7

EI FIN DE LA SECCIÓN COGNITIVO

X. CESD**BASE: ALL RESPONDENTS**

X.P-R USE SHOW CARD #11 Ahora tengo algunas declaraciones explicando las maneras que usted se pueda haber sentido durante la semana pasada. Para cada una de las declaraciones, por favor dígame si se sintió de este modo durante la semana pasada raramente o en ningún tiempo (que sería menos de un día), algo o poco del tiempo (que sería de uno a dos días), ocasionalmente ó una cantidad de tiempo moderada (que sería tres o cuatro días), o la mayoría de o todo el tiempo (que sería cinco a siete días).
(IF RESPONDENT GIVES NUMBER OF DAYS RECORD APPROPRIATELY)

	Raramente o Ningún Tiempo (Menos de Días)	Algo o Poco del Tiempo (1-2 Días)	Ocasional- mente o Tiempo Moderado (3-4 Días)	La Mayoría de o todo el Tiempo (5-7 Días)	No Sé
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestan.....	-0	-1	-2	-3	-8
2. No tenía ganas de comer, no tenía apetito.....	-0	-1	-2	-3	-8
3. Me sentí tan desanimado(a) que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.....	-0	-1	-2	-3	-8
4. Me sentí que valgo tanto como otras personas.....	-0	-1	-2	-3	-8
5. Tenía problemas prestando atención a lo que estaba haciendo.....	-0	-1	-2	-3	-8
6. Me sentí deprimido(a).....	-0	-1	-2	-3	-8
7. Me sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo.....	-0	-1	-2	-3	-8
8. Sentí esperanza para el futuro.....	-0	-1	-2	-3	-8
9. Pensé que mi vida fue un fracaso.....	-0	-1	-2	-3	-8
10. Tenía miedo.....	-0	-1	-2	-3	-8
11. Dormí sin descansar.....	-0	-1	-2	-3	-8
12. Yo estaba feliz.....	-0	-1	-2	-3	-8
13. Platiqué menos de lo normal.....	-0	-1	-2	-3	-8
14. Me sentí solo(a).....	-0	-1	-2	-3	-8
15. La gente no fue amistosa conmigo.....	-0	-1	-2	-3	-8
16. Disfruté de la vida.....	-0	-1	-2	-3	-8
17. Tenía ganas de llorar.....	-0	-1	-2	-3	-8
18. Me sentí triste.....	-0	-1	-2	-3	-8
19. Sentía que la gente no me quería.....	-0	-1	-2	-3	-8
20. No podía animarme a hacer nada.....	-0	-1	-2	-3	-8

Y. FUMAR

BASE: ALL RESPONDENTS

Y3.P ¿Fuma cigarrillos ahora?

Sí.....	_____	-1
No.....	_____	-2
No sé.....	_____	-8
Se negó.....	_____	-9

Z. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

BASE: ALL RESPONDENTS

Z2.P En el mes pasado, ¿ha tomado cerveza, vino o licor?

Sí, tomó cerveza, vino, ó licor	-1
No, no ha tomado	-2
No sé	-8
Se Negó.....	-9

AA. MEDICACIONES

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora voy a preguntarle sobre las medicinas que toma.

AA1. En las dos semanas pasadas ¿ha tomado alguna medicina recetada por un médico (incluyendo las que ya ha mencionado)?

Sí	_____	-1
No	_____	-2
No sé	_____	-8
Se negó	_____	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

AA2. ¿Toma o usa algunas medicinas recetadas por un médico que no deben de ser tomadas de rutina sino solamente cuando es necesario?

Sí, en las 2 semanas pasadas	_____	-1
Sí, pero no en las 2 semanas pasadas	_____	-2
No	_____	-3
No sé	_____	-8
Se negó	_____	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

AA2a. ¿A veces no compra Ud. su medicina por que no tiene Ud. dinero suficiente para pagar?

Sí	_____	-1
No	_____	-2
No sé	_____	-8
Se negó	_____	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

AA3. También nos interesan otras medicinas no recetadas por un médico, tales como aspirinas u otras medicinas del dolor, laxantes, vitaminas, o medicinas para el resfriado? (INCLUDE ANY NON PRESCRIBED MEDICATIONS MENTIONED EARLIER.) Durante las dos semanas anteriores, ¿ha tomado o usado medicinas de la farmacia que no **son** recetadas por un médico.

Sí	_____	-1
No	_____	-2
No sé	_____	-8
Se negó	_____	-9

IF NO MEDICINES TAKEN IN PAST 2 WEEKS IN Q.AA1, Q.AA2 OR Q.AA3 SKIP TO SECTION SS.CLOX; ALL OTHERS ASK Q.AA5.

BASE: TAKEN MEDICINES IN PAST 2 WEEKS (QAA1/1 OR QAA2/1 OR QAA3/1)

AA5. ¿Por favor, puedo ver todas las medicinas (en sus envases originales), que ha tomado o usado en las ultimas dos semanas y también enséñeme las medicinas que toma solamente cuando es necesario. (INTERVIEWER: MAKE SURE RESPONDENT GIVES YOU ALL PRESCRIPTION AND OVER THE COUNTER MEDICINES.)

Sí..... _____ -1

ASK QAA6.

No..... _____ -2

Se negó..... _____ -9

SKIP TO QSS

(INTERVIEWER: RECORD ALL MEDICINES (BOTH PRESCRIBED AND NOT PRESCRIBED) TAKEN WITHIN THE PAST 2 WEEKS AND THOSE TO BE TAKEN AS NEEDED, WHETHER AVAILABLE FOR INSPECTION OR NOT. BE SURE TO PROBE FOR MEDICATIONS NOT SEEN.)

BASE: WILL ALLOW YOU TO SEE PRESCRIPTION AND OVER-THE-COUNTER MEDICINE (QAA6/1)

AA6P. (RECORD IN BLOCK LETTERS)

INTERVIEWER:

Please list ALL the prescription drugs the respondent/proxy brings out.

(From
Bottle)

1xDay=OD

2xDay=BID

3xDay=TID

4xDay=QID

As needed =PRN

Respondent Name on Bottle Yes No	¿Cuánto tomó Ud. ayer?	Taken as Prescribed			Over the Counter	
		Yes	No	DK	REF	NA

	DRUG NAME	DOSAGE	Times/ Day	Respondent Name on Bottle Yes No	¿Cuánto tomó Ud. ayer?	Taken as Prescribed Yes No DK	Over the Counter REF NA
01				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
02				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
03				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
04				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
05				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
06				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
07				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
08				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
09				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
10				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
11				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
12				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
13				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
14				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
15				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
16				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
17				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
18				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
19				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7
20				-1 -2		-1 -2 -8 -9	-7

(IF MORE THAN 20 MEDICATIONS, USE SUPPLEMENTAL PAGES AT END OF QUESTIONNAIRE)

SS CLOX: EJERCICIO DE DIBUJO DE UN RELOJ “EJECUTIVO”

INTERVIEWER:_____

YOU MUST ENTER THE RESPONDENT’S ID # HERE

ID # /___/___/___/___/___/

BASE: ALL RESPONDENTS

CLOX Step 1. Have the Respondent draw a clock in the space below. Instruct him/her to to **“Haga el favor de dibujar un reloj que marque la hora 1:45. Ponga las manecillas y los números en la cara del reloj de tal manera que hasta un niño los pueda leer.”** Repeat the instructions until they are clearly understood. Once the subject begins to draw no further assistance is allowed.

Interviewer:

CLOX 1

Were 12, 6, 3 & 9 placed first?

Sí -1

No..... -2

SS CLOX: EJERCICIO DE DIBUJO DE UN RELOJ "EJECUTIVO"

INTERVIEWER:

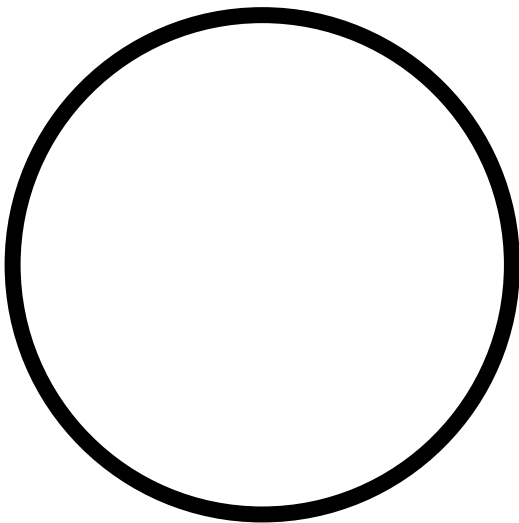
YOU MUST ENTER THE RESPONDENT'S ID # HERE

ID # / / / / / / /

BASE: ALL RESPONDENTS

CLOX Step 2. INTERVIEWER SAY: **"Por favor obsérveme como yo dibujo un reloj."** Let the subject observe you draw a clock in the circle below. Place 12, 6, 3 & 9 first. Set the hands to "1:45". Make the hands into arrows. Invite the subject to copy your clock in the lower right corner.

"Ahora copie mi reloj en la parte derecha más baja de este papel." INTERVIEWER POINT TO THE LOWER RIGHT CORNER OF THIS PAGE NEXT TO THE CLOCK YOU HAVE JUST DRAWN IN THE CIRCLE BELOW.



Interviewer:

Were 12, 6, 3 & 9 placed first?

CLOX 2

Sí -1

No -2

BB. ACTIVITIES OF DAILY LIVING**IADLS****BASE: ALL RESPONDENTS**

BB1.P Ahora quisiera preguntarle acerca de algunas de las actividades diarias, cosas que todos necesitamos hacer como parte de nuestras vidas diarias. Quiero saber si Ud. puede hacer estas actividades solo(a), sin la ayuda de otra persona(s). (READ LIST)

<u>DO NOT ROTATE</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se Negó</u>
a. ¿Puede usted usar el teléfono sin ayuda? (incluso mirar los números y marcar)?.....	-1	___-2	___-8	___-9
b. ¿Puede usted manejar su propio carro o viajar solo(a) en autobuses o en taxis?.....	-1	___-2	___-8	___-9
c. ¿Puede usted ir de compras para comestibles (comida) o ropa sin ayuda (para encargarse de todo lo que necesita comprar, suponiendo que usted tiene transportación)?.....	-1	___-2	___-8	___-9
d. ¿Puede usted preparar su propia comida sin ayuda [planear/cocinar sus comidas por sí mismo(a)]?.....	-1	___-2	___-8	___-9
e. ¿Puede usted sin ninguna ayuda hacer los quehaceres de la casa (lavar los platos y tender la cama)?.....	-1	___-2	___-8	___-9
f. ¿Puede usted sin ninguna ayuda, tomar su medicina (en las dosis correctas y a tiempo)?	-1	___-2	___-8	___-9
g. ¿Puede usted sin ninguna ayuda manejar su propio dinero (escribir cheques, pagar cuentas)?	-1	___-2	___-8	___-9
h. ¿Puede usted hacer trabajo pesado en casa como lavar ventanas, paredes, y pisos sin ninguna ayuda?.....	-1	___-2	___-8	___-9

MOBILITY:

i. ¿Puede usted subir y bajar las escaleras al segundo piso sin ayuda?	-1	___-2	___-8	___-9
j. ¿Puede usted caminar media milla sin ayuda?	-1	___-2	___-8	___-9

ADLS**BASE: ALL RESPONDENTS**

BB2a.P Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la ayuda que Ud. necesita para hacer ciertas cosas. Hoy en día, ¿necesita Ud. ayuda de alguna persona o de algún equipo especial o aparato para poder hacer las siguientes cosas? (READ EACH ITEM) (RECORD ANY HELP AS "HELP". REPEAT LEAD QUESTION AND RESPONSE CATEGORIES AS NECESSARY.)

	No Necesita Ayuda	No Necesita Ayuda	No Puede Hacerlo	No Sé	Se Negó
(DO NOT ROTATE)					
a. Para caminar por un cuarto pequeño	-1	-2	-3	-8	-9
b. Bañándose (ya sea baño de esponja, de tina, o de regadera)	-1	-2	-3	-8	-9
c. Para el arreglo personal tale como cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, o lavarse la cara.....	-1	-2	-3	-8	-9
d. Vistiéndose (como ponerse una camisa, abotonarse y cerrar un zíper, o poniéndose los zapatos)	-1	-2	-3	-8	-9
e. Comiendo (como agarrando un tenedor, cortar comida o beber de un vaso).....	-1	-2	-3	-8	-9
f. Para levantarse de la cama a una silla	-1	-2	-3	-8	-9
g. Usando el baño (inodoro).....	-1	-2	-3	-8	-9

BASE: NEEDS HELP TO PERFORM ACTIVITY (Q.BB2A AT LEAST ONE ITEM A–G = 1 OR 3)

¿Usted dijo qué necesita ayuda con _____. (Mention: NEED HELP/UNABLE TO DO from Q.BB2a-Q.BB2g).

BB2h.P. ¿Es ésta ayuda de una persona, de equipo especial ó ambas?

Persona	-1
Equipo especial	-2
Ambas	-3
No sé	-8
Se negó	-9

LIFE-SPACE (P) Ahora quisiera preguntarle acerca de sus actividades durante el mes pasado.
ASK EVERYONE

Nivel espacial de vida			Frecuencia				Independencia
ASK EVERY LEVEL Durante las cuatro últimas semanas ha estado usted.....			ASK ONLY IF YES USE SHOWCARD #12 Con que frecuencia usted va a?				Usó usted algún equipo especial? Necesitó usted ayuda de otra persona?
Nivel de espacio de vida 1 Otras habitaciones de su casa además de la habitación donde usted duerme?	Si 1	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 2 Una área de su casa como el patio o el pasillo (del edificio) o en el garaje, o en su propio jardín?	Si 2	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 3 Lugares de su vecindario además de su propio jardín o su propio edificio?	Si 3	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 4 Lugares fuera de su vecindario, pero dentro de su ciudad?	Si 4	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 5 Lugares fuera de su ciudad?	Si 5	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona

QQ. CAMINANDO**BASE: ALL RESPONDENTS**

Ahora, queremos saber con qué frecuencia durante las dos semanas pasadas, usted hizo algunas de esas actividades.

QQ1. Durante las dos semanas pasadas, ¿ha caminado usted para hacer ejercicio?

Sí.....-1

ASK Q.QQ1a.

No.....-2

No sé.....-8

Se negó.....-9

SKIP TO Q.QQ2

N/A, unable to walk...-0

(... even with wheel chair or cane)

SKIP TO Q.CC3

BASE: HAS DONE WALKING FOR EXERCISE (QQ1/1)

QQ1a. En promedio, ¿cuántas veces caminó usted para ejercicio?

/__/_/ [ENTER NUMBER OF TIMES]

BASE: HAS DONE WALKING FOR EXERCISE (QQ1/1)

QQ1b. En cada ocasion, ¿por cuántos minutos estuvo usted caminando? Answer must be in the range from 1 up to 300:

/__/_/_/ [ENTER NUMBER OF MINUTES]

Codes: 1 Hour=60 min 1.5 Hour=90 min 2 Hours=120 min
 2.5 Hours=150 min 3 Hours=180

BASE: ALL RESPONDENTS

QQ2. Durante las dos semanas pasadas, ¿ha caminado usted para cualquiera otra actividad (como ir a comprar, visitar a sus vecinos, asistir a la iglesia o misa)?

Sí.....1

No.....2

No sé.....-8

Se negó.....-9

ASK Q.QQ2a

SKIP TO Q.CC3

BASE: HAS DONE OTHER WALKING (QQ2/1)

QQ2a. En promedio, ¿cuántas veces caminó usted para cualquiera otra actividad?

/__/_/ [ENTER NUMBER OF TIMES]

BASE: HAS DONE OTHER WALKING (QQ2/1)

QQ2b. En cada ocasión ¿por cuántos minutos estuvo usted caminando? Answer must be in the range from 1 up to 300:

/__/_/_/ [ENTER NUMBER OF MINUTES]

Codes: 1 Hour=60 min 1.5 Hour=90 min 2 Hours=120 min
 2.5 Hours=150 min 3 Hours=180

CC. **SATISFACCION DE VIDA/ SOLEDAD**

BASE: ALL RESPONDENTS

CC3. **USE SHOW CARD #13** Ahora por favor piense en todos los aspectos de su vida. ¿Qué tan satisfecho(a) está usted -- completamente satisfecho(a), muy satisfecho(a), un poco satisfecho(a), o no está satisfecho(a)

Completamente satisfecho(a).....	-1
Muy satisfecho(a).....	-2
Un poco satisfecho(a)	-3
No está satisfecho(a)	-4
No sé	-8
Se negó.....	-9

BASE: ALL RESONDENTS

Las siguiendas preguntas representan cómo se siente Ud. sobre varios aspectos de su vida. Para cada una, por favor dígame con qué frecuencia se siente en esta manera.

CC4a. ¿Con qué frecuencia se siente que le falta compañía?

Muchas veces	-1
Algunas veces.....	-2
Casi nunca	-3
No sé	-8
Se negó	-9

CC4b. ¿Con que frecuencia se siente que Ud. está excluido(a)?

Muchas veces	-1
Algunas veces.....	-2
Casi nunca	-3
No sé	-8
Se negó	-9

CC4c. ¿Con que frecuencia se siente que Ud. está aislado(a) de otras personas?

Muchas veces	-1
Algunas veces.....	-2
Casi nunca	-3
No sé	-8
Se negó	-9

EE. **RELIGIÓN**

BASE: ALL RESPONDENTS

EE2.P. **USE SHOW CARD #14** ¿Con qué frecuencia asiste Ud. A una iglesia o servicios religiosos?

Nunca/casi nunca.....	__-1
Algunas veces al año.....	__-2
1-2 veces al mes.....	__-3
Casi cada semana.....	__-4
Más que una vez a la semana....	__-5
No sé	__-8
Se negó	__-9

HH. EVALUACIÓN DE MOBILIDAD (POMA)

Ahora continuemos con una parte más activa de la entrevista. Como usted sabe, ciertos movimientos de su cuerpo le serán más difíciles al envejecer. Ahora quiero que trate usted de hacer algunos movimientos de su cuerpo en los que tiene que mover los brazos o las piernas.

Primero, le describiré y le enseñaré cómo hacer cada movimiento. Luego me gustaría que usted trate de hacerlo. Si no puede hacer cierto movimiento o cree que es peligroso hacerlo, dígamelo y continuaremos con otro. Quiero hacer énfasis en que no quiero que haga ningún ejercicio que crea usted que es peligroso o que pueda causarle algún daño. ¿Tiene usted algunas preguntas antes de que empecemos? (PAUSE AND RESPOND TO ANY QUESTION THAT IS RAISED.) O.K. Vamos a comenzar. Primero le demostraré, y luego le voy a pedir que trate de hacer el ejercicio.

INTERVIEWER: PLEASE OBSERVE THE RESPONDENT AND RECORD YES OR NO:

HHA. Is Respondent bedridden?	Sí..... -1	SKIP TO HH7A. HANDGRIP
	No..... -2	ASK HHB
HHB. Is Respondent unable to stand with support?	Sí..... -1	SKIP TO HH7A. HANDGRIP
	No..... -2	ASK HHC
HHC. Is Respondent only able to stand with support?	Sí..... -1	ASK HH10. GAIT/WALK
	No..... -2	ASK HHD
HHD. Does Respondent use a wheel chair?	Sí..... -1	ASK HH10 GAIT/WALK IF CAN WALK WITH AID OF WHEEL CHAIR. OTHERWISE SKIP TO HH7A HAND GRIP
	No..... -2	ASK HH1. STANDS

IF NO TO ALL ABOVE ITEMS, ASK HH1. STANDS

EJERCICIOS - QUEDANDO DE PIE

(INTERVIEWER: MAKE SURE THERE IS A SOLID OBJECT (LIKE A CHAIR OR TABLE) THAT THE RESPONDENT CAN USE TO HOLD ON TO FOR BALANCE OR SUPPORT, IF THEY NEED IT, AT THE START OF EACH EXERCISE. IF RESPONDENT SAYS, "I CAN TRY", PROCEED WITH EXERCISE.)

QUEDANDO DE PIE CON LOS PIES DE LADO A LADO (OJOS ABIERTOS)

HH1. **P-R** Quiero que trate de permanecer parado(a) con los pies juntos, de lado a lado, por diez segundos. (DEMONSTRATE THE SIDE-BY-SIDE POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero trate de no mover los pies. Procure conservarse en esta posición o postura hasta que yo le indique que pare. ¿Están claras las instrucciones que le acabo de explicar?

- STAND NEXT TO THE RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE SIDE BY SIDE POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT'S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET TOGETHER, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER TEN SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: ____/____/____ . ____/____ (IF HELD FOR 10 SECONDS, ASK Q. HH2)
(IF LESS THAN 10 SECONDS, SKIP TO Q.HH5a)

Tried but unable.....-5
Not attempted, interviewer felt unsafe.....-6
Not attempted, respondent felt unsafe-7
Refused-9

} **SKIP TO Q HH5a**

ASK Q.HH2 IF RESPONDENT WAS ABLE TO HOLD STAND FOR 10 SECONDS (Q.HH1)

ESTANDO DE PIE, UN PIE TRAS MITAD DEL OTRO (OJOS ABIERTOS)

HH2. **P-R** Ahora me gustaría que trate de permanecer parado(a) con el talón tocando el dedo gordo del otro pie por diez segundos. Usted puede usar cualquier pie con el que se sienta mejor. (DEMONSTRATE THE SEMI-TANDEM POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas, o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Trate de mantenerse en esta posición hasta que yo le indique que pare. ¿Está claro lo que acabo de explicar?

- STAND NEXT TO RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE SEMI-TANDEM POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT'S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET IN THE SEMI-TANDEM POSITION, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER 10 SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: / / . / (IF HELD FOR 10 SECONDS, ASK Q.HH3)
(IF LESS THAN 10 SECONDS, SKIP TO Q.HH5a)

Tried but unable.....-5
Not attempted, interviewer felt unsafe.....-6
Not attempted, respondent felt unsafe-7
Refused-9

}

SKIP TO Q HH5a

ASK Q.HH3 IF RESPONDENT WAS ABLE TO HOLD PREVIOUS STAND FOR 10 SECONDS

ESTANDO DE PIE, UNO TRAS OTRO (OJOS ABIERTOS)

HH3. **P-R** Ahora quiero que trate de permanecer parado(a) con el talón de un pie enfrente del otro tocando los dedos de los pies con el otro pie por unos diez segundos. Usted puede usar cualquier pie con el que se sienta mejor. (DEMONSTRATE THE TANDEM POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas, o mover su cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Trate de mantenerse en esta posición hasta que yo le indique que pare. ¿Está claro lo que acabo de explicar?

- STAND NEXT TO RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE TANDEM POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT'S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET IN THE TANDEM POSITION, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER 10 SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: / / . / /

Tried but unable.....	-5
Not attempted, interviewer felt unsafe	-6
Not attempted, respondent felt unsafe	-7
Refused	-9

LEVANTANDOSE DE UNA SILLA, VARIAS VECES

HH5a. **P-R** Ahora quiero que trate de levantarse y sentarse en una silla cinco veces. ¿Se siente usted cómodo(a) y seguro(a) de sí mismo(a) para tratar de levantarse de la silla sin usar los brazos, cinco veces rápidamente?

Sí.....-1

SKIP TO Q. HH5d

No.....-2

ASK Q. HH5b

No sé.....-8

SKIP TO Q. HH5d

Se negó....-9

SKIP TO Q. HH10

BASE: UNSAFE TO DO REPEATED CHAIR STANDS (Q.HH5a/2)

HH5b. **P-R** ¿Por qué cree usted que es peligroso o se siente inseguro?

A solo(a), no puede quedarse en pie. -1

Problemas con la columna/espalda -2

Problemas con las piernas -3

Problemas con las rodillas -4

El vértigo. -5

Miedo -6

Artritis. -7

GO TO Q HH5c

No sé -8

Se negó -9

OTHER: (RECORD VERBATIM) -0

SKIP TO Q HH10

BASE: SAFE TO DO REPEATED CHAIR STANDS OR UNSURE (Q.HH5a/1,8)

HH5d.**P-R** DEMONSTRATE REPEATED CHAIR STAND TO RESPONDENT. Conserve o mantenga sus brazos cruzados sobre el pecho. Por favor, póngase de pie y quédese derecho(a) tan rápidamente como pueda, cinco veces sin hacer pausas. Después de cada vez que se levante, siéntese y párese de nuevo. Yo le marcaré el tiempo con mi cronómetro. Por favor, comience cuando le diga "¿Listo(a)? De pie."

* WHEN RESPONDENT IS PROPERLY SEATED, SAY READY, STAND, AND BEGIN TIMING.

* COUNT OUT LOUD AS HE/SHE ARISES EACH TIME, UP TO FIVE.

* **STOP THE STOPWATCH WHEN HE/SHE HAS STRAIGHTENED UP COMPLETELY THE FIFTH TIME AND ALL BODY MOVEMENT HAS CEASED.**

* IF THE RESPONDENT SITS DOWN AFTER THE FIFTH STAND-UP, STOP TIMING AS HE/SHE BEGINS TO SIT DOWN.

Completed: Sí... -1

SKIP TO Q HH5f

No-2

Se negó.....-9

ASK Q HH5c

BASE: REPEATED CHAIR STANDS NOT COMPLETED (Q.HH5d/0,9) OR NOT ATTEMPTED (Q.HH5b/1-7)
HH5c.P-R Reason not completed **five** chair stands

- Tried but unable.....-1
- Not attempted, safety reasons.....-2
- Not attempted, chair bound-3
- Not attempted, other (ESPECIFIQUE):-4
- Refused-9

SKIP TO Q HH10

BASE: COMPLETED 5 CHAIR STANDS (Q.HH5d/1)
HH5f.P-R Time to **complete all 5** chair stands? RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND

/ / / . / / Seconds

HH5g.P-R Chair height (inches from floor to top of the back of the seat or seat cushion)? RECORD TO NEAREST QUARTER INCH.

/ / / . / / / Inches

EVALUACIÓN DEL PASO

Caminando (Eight Feet)

(IF RESPONDENT IS UNABLE TO WALK, EVEN WITH AN AID SUCH AS A CANE, WALKER, OR LEANING ON A WHEELCHAIR, SKIP TO Q.HH7a.)

HH10. **P-R** Ahora vamos a observar como camina normalmente. Si acaso usted usa bastón u otra ayuda para caminar y se sentiría más a gusto con eso, entonces usted puede usarla.

EXTEND THE RULER OR TAPE TO THE EIGHT FOOT LENGTH AND PLACE IT ON THE FLOOR AT THE SIDE ON AN AREA WHICH OFFERS AT LEAST 10 FEET AND IDEALLY 12 FEET OF WALKING SPACE. IF POSSIBLE THIS SHOULD BE A UNIFORM WALKING SURFACE.

Este es nuestro campo para caminar. Yo quiero que usted camine hasta el fin del campo a su velocidad normal, tal como si fuera caminando por la calle para ir a la tienda. Yo quiero que usted camine todo el campo pasando al otro fin de la regla antes de que se detenga y no camine despacio cuando se acerque al fin de la regla. Yo caminaré con usted. (DEMONSTRATE THE WALK FOR THE RESPONDENT.)

Cuando quiera que comience yo le diré: "Listo(a)? comience."

- HAVE THE RESPONDENT STAND WITH BOTH FEET TOGETHER AT THE END OF THE RULE.
- WHEN THE RESPONDENT IS PROPERLY POSITIONED AT STARTING LINE, SAY "READY, BEGIN".
- START STOP-WATCH AS THE RESPONDENT BEGINS WALKING, AND STOP TIMING WHEN ONE OF THE RESPONDENT'S FEET IS ALL THE WAY ACROSS THE END LINE.
- WALK BESIDE THE RESPONDENT.
- RECORD THE NUMBER OF STEPS REQUIRED TO COMPLETE EIGHT FEET.
- RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND.

a. Completed?	Sí.....-1	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ASK Q HH10b</div>
	No2	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">SKIP TO QHH10d</div>
	Se negó.....-9	

BASE: WALK COMPLETED (Q.HH10a/1)

b. Seconds to complete? / / . / /

c. Number of steps? / / /

SKIP TO Q.HH10e

BASE: WALK NOT COMPLETED (Q.HH10a/2.9)

d. Reason walk not completed?

- Tried but unable.....-1
- Not attempted, interviewer felt unsafe.....-2
- Not attempted, respondent felt unsafe-3
- Not applicable.....-4
- Refused-9

} SKIP TO QHH7a

BASE: WALK COMPLETED (Q.HH10a/1)

e. Aids for walk?

- No aid-1
- Wheelchair (as walking aid)-2
- Walker-3
- Quad cane-4
- Other cane-5
- Other walking cane.....-6

HH12a.**P-R.** Any difficulty finding 12 foot space for walking?

- Sí-1
- No-2

HH12b.**P-R.** Type of walking surface?

- Uncarpeted-1
- Low carpet-2
- Other (ESPECIFIQUE)
.....-3

FUERZA DE APRETAR

(SUBJECTS SHOULD NOT HAVE HAD ANY HAND OR WRIST SURGERY IN THE PAST 3 MONTHS (12 WEEKS). EXAMPLES OF SURGERY INCLUDE FUSION, ARTHROPLASTY, TENDON REPAIR, OR SYNOVECTOMY INVOLVING THE UPPER EXTREMITY. DISCONTINUE WITH ANYONE COMPLAINING OF PAIN AND CHECK "UNABLE/DISCONTINUED".)

HH7a. **P-R** En el primer ejercicio voy a usar este instrumento, que se llama Dinamómetro, para probar la fuerza de la mano en la que ud. tenga más fuerza. Sin embargo, si acaso Ud. ha tenido cirugía en el brazo o en la mano en los últimos tres meses, no debe usted hacer este ejercicio. ¿Ha tenido usted cirugía recientemente?

Sí.....	_____ -1	} <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">SKIP TO QII1a</div>
No	_____ -2	
No sé.....	_____ -8	
Se negó.....	_____ -9	

BASE: HAVE NOT HAD SURGERY ON HAND OR ARM (Q.HH7a/2,8,9)

(ADJUST GRIP SCALE FOR FEMALE (5 TO 6), MALE (6 TO 7))

HH7b. **P-R** Me gustaría que con el brazo que cree usted que es el más fuerte, ponga el codo sobre la mesa y la palma de la mano hacia arriba. Tome las dos piezas de metal juntas de esta manera. (DEMONSTRATE DYNOMOMETER) Dígame si tengo que ajustar el aparato. Cuando yo diga apriete, apriete tan fuerte como le sea posible. Las dos piezas de metal No sé moverán pero yo podré leer en el marcador su fuerza de apretar. Yo le pediré que haga esto dos veces. Si acaso Ud. siente cualquier dolor o molestia, dígame y nos detendremos. (SCORE AS UNABLE/DISCONTINUED). RECORD TO THE NEAREST HALF KILOGRAM

<u>TRIAL 1</u>	<u>TRIAL 2</u>
____/____/____ . ____/____ kg.	____/____/____ . ____/____ kg.
Unable/Discontinued -1	Unable/Discontinued -1
Not performed for safety reasons -2	Not performed for safety reasons -2
Refused -9	Refused -9

HH7c.**P-R** Hand tested?

La mano derecha.....	_____ -1
La mano izquierda.....	_____ -2
Not applicable.....	_____ -3

INTERVIEWER: RECORD GRIP SCALE FROM THE HANDLE (TO THE CLOSEST WHOLE NUMBER):

5.....	_____ -1
6.....	_____ -2
7.....	_____ -3

II. ESTATURA Y PESO

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora me gustaría medirle la estatura y pesarlo(a). Por favor, quítese sus zapatos, joyas, y ropa pesada.

Por favor, párese de espaldas a esta puerta con los pies y talones juntos en el piso, y los talones, las caderas, la espalda, y la cabeza soportados por la pared. Mire directamente hacia adelante, por favor.

II1a. Height (to nearest quarter inch) / / . / / (Inches)

No puede estar de pie -98

Se negó -99

BASE: ALL RESPONDENTS (EVEN IF WE MEASURED RESPONDENTS HEIGHT)

II1aa. **P-R** Quisiéramos medir la distancia entre el centro de su pecho y la punta de su dedo. Esto se una manera sencilla de calcular su altura.

Demi-span (to the nearest centimeter) / / . / / Centimeters

BASE: ALL RESPONDENTS

II1b. **P-R** Ahora veamos cuánto pesa usted.

Weight (to nearest pound) / / / Pounds

No puede estar de pie -998

Se negó..... -999

ASK II1d

BASE: UNABLE TO STAND OR REFUSED TO GET ON SCALES (II1b/998, 999)

II11d.**P-R.** Por favor, ¿podría decirme cuánto pesa Ud? (Respondent or proxy may reply with something like the last time I (he/she) went to the doctor, I (he/she) weighed _____. Or they may say about _____. These are fine. They give us an estimate.)

Reported Weight (to nearest pound) / / / Pounds

Se negó -999

II11c.**P-R.** INTERVIEWER: TYPE OF SURFACE.

Uncarpeted-1

Low carpet-2

Other (ESPECIFIQUE)

.....-3

Reported Weight.....-4

JJ. MEDIDA DE LA CINTURA

BASE: ALL RESPONDENTS

(SKIP IF BEDRIDDEN)

JJ1. **P-R** Ahora me gustaría medirle la cintura. (RESPONDENT SHOULD BE STANDING ERECT WEARING ONLY ONE LAYER OF OUTER CLOTHING -- MEASURE IN CENTIMETERS TO THE NEAREST MILIMETER.)

* STAND BESIDE RESPONDENT.

* PLACE TAPE MEASURE AROUND THE BODY AT THE NARROWEST POINT BETWEEN THE RIBS AND THE TOP OF THE HIP BONE. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETERS TO THE NEAREST MILIMETER. (EXAMPLE 53.7 CENTIMETERS)

(IF NECESSARY ASK: "Podría señalar donde está su ombligo?" POINT TO YOUR OWN NAVEL.)

Measure # 1

 . Centimeters

Se negó..... ____-99

Measure # 2

 . Centimeters

Se negó..... ____-9

KK. USO DE SERVICIOS PARA LA SALUD

Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre el uso de los servicios para la salud.

BASE: ALL RESPONDENTS

KK2.P ¿Sin incluir algunas veces que usted haya sido hospitalizado o haya estado en una residencia de ancianos de un día para otro, ¿cuántas veces, en los doce meses pasados, esto es desde (DATE, 1 YEAR AGO) ha consultado al médico? (INTERVIEWER: INCLUDE VISITS WITH A PHYSICIAN'S ASSISTANT OR NURSE PRACTITIONER AT AN HMO OR CLINIC.)

Of Times

No sé

Se negó

/ / / /

____-98

____-99

BASE: ALL RESPONDENTS

CClaP. Desde(fecha de hace un año) ¿ha experimentado una enfermedad o herida (se ha enfermado o lesionado) que le ha requerido pasar una noche o más en el hospital (no una casa de cuidado o asilo de ancianos)?

Si-1

No-2

No sé-8

Se negó-9

CASA DE REPOSO

BASE: ALL RESPONDENTS

KK6.P ¿Ha estado Ud./el sujeto (nombre) _____ en un asilo, casa de reposo o en centro de ayuda asistida en donde Ud./él/ella haya recibido ayuda con actividades diarias, por ejemplo, preparación de comida, lavarse o vestirse, o con el uso del baño?

Sí 1

ASK KK 6a

No 2

No sé 8

Se negó 9

SKIP TO QLL5a

BASE: EVER BEEN IN NURSING HOME (KK6/1)

KK6a.P ¿Cuándo ingresó Ud./él/ella en el lugar?

/ / / / Año de ingreso

No sé 9998

Se negó 9999

BASE: EVER BEEN IN NURSING HOME (KK6/1)

KK6b.P ¿Cuánto tiempo estuvo Ud./él/ella en el lugar?

/ / / / **OR** / / / / **OR** / / / /
Número de días Número de años Número de Meses

No sé 98

Se negó 99

BASE: EVER BEEN IN NURSING HOME (KK6/1)

KK6c.P ¿Actualmente, esta usted/el sujeto en una casa de reposo?

Sí.....	1
No.....	2
NA, nunca ha estado en una casa de reposo	7

LL. ESFUERZO RELACIONADO CON FINANZAS

(INTERVIEWER: ASK FOR LAST CALENDAR YEAR)

BASE: ALL RESPONDENTS

LL5a. **USE SHOW CARD #15** ¿Qué tan difícil se le hace cubrir las cuentas que usted tiene que pagar mensualmente-- muy difícil, poco difícil, no muy difícil o nada difícil?

Muy difícil.....	-1
Un poco difícil.....	-2
No muy difícil.....	-3
Nada difícil.	-4
No sé	-8
Se negó.....	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

LL5b. **USE SHOW CARD #16** Al final del mes, ¿diría usted que le sobra algo de dinero, a penas le alcanza para cubrir lo que debe o no tiene suficiente para cubrir sus gastos?

Le sobra algo de dinero	-1
Apenas le alcanza para cubrir	-2
No tiene suficiente para cubrir sus gastos....	-3
No sé	-8
Se negó	-9

BASE: ALL RESPONDENTS

LL6. ¿Tiene ud. casa propia? (Es ud. dueño de alguna casa?)

Sí.....	1
No.....	2
No sé.....	8
Se negó.....	9

NN. INFORMACION COMPLEMENTARIA

NN1. P ¿Cuál es su número de teléfono? / / / - / / / - / / / /

No tiene teléfono-1

No sé-8

Se negó-9

NN2. P ¿Cuál es su dirección correcta?

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

No sé__ -8 Se negó__ -9

NN2a.P. ¿Recibe el correo en una dirección diferente? (IF YES, RECORD BELOW)

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

NN3a. P ¿Está planeando cambiar de domicilio dentro de unos cuantos años?

Sí-1

No-2

No sé-8

Se negó-9

ASK Q.NN3b

SKIP TO Q.NN4

BASE: PLAN TO MOVE IN NEXT FEW YEARS (Q.NN3a/1)

NN3b. P ¿A donde está planeando cambiar de domicilio?

No sé-8

Se negó-9

BASE: ALL RESPONDENTS

NN4. P ¿Puede usted darme los nombres, las direcciones, y los números de teléfono de dos personas que no viven con usted y que sabrían dónde se encontraría, en caso de querer hablar con usted en el futuro?

1. Name (Last, First, MI): _____

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: (_____) _____

/ / / ENTER RELATIONSHIP CODE No sé__ -8 Se negó__ -9

2. Name (Last, First, MI): _____

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: (_____) _____

/ / / ENTER RELATIONSHIP CODE No sé__ -8 Se negó__ -9

TIME ENDED: _____ A.M./P.M.

OO. INTERVIEWER OBSERVATIONS/COMMENTS

OO12. Type of housing: (INTERVIEWER PLEASE CHECK ONE)

Single-1
 Multi-family house-2
 Apartment.....-3
 Assisted living-4
 Congregate housing-5
 Group quarters-6
 Other (ESPECIFIQUE):
 _____-7

OO2. Was someone else present during the interview?

Sí-1
 No.....-2
 Don't know.....-8
 Refused-9

OO8. Why were some or all of the physical measures not attempted?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Not Applicable</u>
a. Respondent is bedridden.....-1	-1	-2	-6
b. Respondent cannot stand even with support.....-1	-1	-2	-6
c. Respondent needs support when standing (walker, crutch)-1	-1	-2	-6
d. Respondent cannot understand what to do, even when demonstrated-1	-1	-2	-6
e. Respondent is blind-1	-1	-2	-6
f. Respondent was dizzy.....-1	-1	-2	-6
h. Respondent is paralyzed -1	-1	-2	-6
i. Respondent is deaf..... -1	-1	-2	-6
g. Other reasons -1	-1	-2	-6

Especifique _____

ALL ANSWER

OO9a. Completed: Respondent only-1
Proxy only-2
Both (long proxy version).....-3

OO9b. Completed: English-1
Spanish.....-2

OO9c. REASON FOR PROXY: (CHECK ALL THAT APPLY)

Subject physically ill or recovering from hospital-1
Subject was deaf-2
Subject away indefinitely-3
Sample subject is mentally incapacitated, or has memory problems such
as dementia or Alzheimer's Disease.....-4
Denied access to nursing home-5
Other (ESPECIFIQUE)
.....-6

INTERVIEWER ANSWER ONLY IF THIS IS A PROXY: DO NOT ASK SUBJECT

OO9d. Is the PROXY a caregiver of the respondent?

Sí..... 1
No 2

OO10. INTERVIEWER COMMENTS:

OO11. ADDITIONAL INTERVIEWER COMMENTS:

D1a. SUPPLEMENTAL TABLE

Initials	Sexo	Edad	Vive en la misma <u>casa</u>		Vive en el mismo <u>vecindario</u>		Vive más lejos que una <u>hora en carro</u>	
Child 7:	_____	M F /_/_/	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 8:	_____	M F /_/_/	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 9:	_____	M F /_/_/	Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 10: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 11: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 12: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 13: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 14: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 15: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 16: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 17: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 18: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 19: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 20: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 21: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 22: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 23: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 24: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No
Child 25: _____	M F /_/_/		Yes	No	Yes	No	Yes	No

AA6P. SUPPLEMENTAL TABLE FOR AA6P
(RECORD IN BLOCK LETTERS)

INTERVIEWER:

Please list ALL the prescription drugs the
respondent/proxy brings out.(From
Bottle)
1xDay=OD
2xDay=BID
3xDay=TID
4xDay=QID
As needed
=PRN

	DRUG NAME	DOSAGE	Times/ Day	Respondent Name on Bottle		¿Cuánto tomó Ud. ayer?	Taken as Prescribed			Over the Counter	
				Yes	No		Yes	No	DK	REF	NA
21	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
22	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
23	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
24	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
25	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
26	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
27	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
28	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
29	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
30	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
31	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
32	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
33	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
34	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7
35	_____	_____	_____	-1	-2	_____	-1	-2	-8	-9	-7