

Elementos comunes de información (CDE) solicitados por el Comité Ejecutivo de RADx de los NIH

Se espera que en todas las investigaciones que incluyan seres humanos y que reciban financiamiento del programa RADx, se obtenga información sobre estos 12 conceptos por medio de las siguientes preguntas y opciones específicas de respuesta.

Contacte a Patti Brennan (pattibrennan@nih.gov) si tiene alguna pregunta.

Concepto	Texto de la pregunta	Respuestas aceptables
1. Identidad		<i>Identificador específico para el proyecto</i>
2A. Raza		
	¿Cuál es su raza? Seleccione una o más casillas.	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza
2B. Grupo étnico		
	¿Es de origen hispano o latino?	<input type="checkbox"/> Sí, soy de origen hispano o latino <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano o latino
3. Edad		
	¿Cuántos años tiene?	<i>Edad en años. Para bebés menores de 1 año, ingrese 0.</i>
4. Sexo		
	¿Cuál es su sexo biológico asignado al nacer?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores me describe
5. Educación		
	¿Cuántos años de educación ha completado?	<i>Años de educación de 0 a 20+</i>
6. Domicilio		
	¿Cuál es su código postal?	<i>Código postal de cinco dígitos</i>
7. Empleo		
	¿Tiene empleo?	<input type="checkbox"/> Empleo en una posición permanente <input type="checkbox"/> Empleo en una posición temporal <input type="checkbox"/> No estoy empleado actualmente

8. Seguro médico		
	¿Qué tipo de seguro médico tiene?	<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Seguro público <input type="checkbox"/> Ninguno
9. Discapacidades		
	¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, incluso con anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones debido a alguna afección física, mental o emocional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene gran dificultad para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al médico o hacer compras debido a alguna afección física, mental o emocional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. Antecedentes médicos		
	Consumo de cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Consumo de nicotina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Enfermedad pulmonar crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Afección inmunodepresora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

	Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Embarazo	<input type="checkbox"/> Actualmente en embarazo <input type="checkbox"/> No en embarazo
11. Síntomas		
	Tos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dificultad para respirar o falta de aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nueva pérdida del sentido del gusto o el olfato	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Escalofrío	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Cansancio excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Náuseas o vómito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Diarrea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Sarpullido en la piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Conjuntivitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. Estado de salud		
	¿Cuál es su estatura?	<i>Estatura en pies y pulgadas</i>
	¿Cuánto pesa?	<i>Peso en libras</i>
	¿Diría que su salud general es excelente, muy buena, buena, regular o mala?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala