# BMS Adult Mail Form II: Research Staff Instructions

**Instructions:** The first page should be filled out by research staff and then separated from the mail form before sending or giving to the participant. Fill in contact information at the end of the Introduction for participant in case of questions before sending out mail form or before handing to participant.

After receiving the completed form in the mail or from a participant, go through the survey over carefully to see if the participant missed any questions. If possible, call the participant or ask them in person the questions that were missed. If a participant doesn't want to answer any item or doesn't know the answer and there isn't a box/option for those responses on that item, write: "88" (Decline to Answer/Refused) or "99" (Don't know/Unknown) next to the item.

Remember to fill out the Medical Record Abstraction Form II. For the pain medication items, check the medical record to determine if there were any pain medications prescribed within the data collection window. Note on the Medical Record Abstraction Form II form and enter in the appropriate field during data entry.

**Form II Administration:**

**Follow-up period**

- ☐ 1. 6-month follow-up
- ☐ 2. 12 month follow-up
- ☐ 3. 24 month follow-up
- ☐ 4. 5 year follow-up
- ☐ 5. 10 year follow-up
- ☐ 6. 15 year follow-up
- ☐ 7. 20 year follow-up
- ☐ 8. 25 year follow-up

**What is the method of administration of this form?**

- ☐ 2. Mail
- ☐ 5. Medical Record Review

**What is the language of administration of this form?**

- ☐ 1. English
- ☒ 2. Spanish

**What is the status of this follow-up assessment?**

- ☐ 1. Some or all assessment done
- ☐ 2. Death due to burn related complications (update date and cause of death on Patient Status Form)
- ☐ 3. Death due to non-burn related complications (update date and cause of death on Patient Status Form)
- ☐ 4. Unable to locate
- ☐ 5. Refused this assessment
- ☐ 6. Unable to test/med comp/incapable of responding
- ☐ 7. Failed to respond
- ☐ 8. Did not consent to future assessment/withdrew
- ☐ 11. Incarcerated
- ☐ 13. Still in hospital (not discharged yet)
- ☐ 14. Unable to travel for assessment
- ☐ 15. Death (unknown causes) (update date and cause of death on Patient Status Form)

**If follow-up status is "unable to locate," mark the best reason, below:**

- ☐ 1. Homeless at previous data collection
- ☐ 2. International place of residence
- ☐ 3. Participant is child who was/is in CPS custody or foster care and no contact information is available
- ☐ 4. No known current contact info
- ☐ 5. Other reasons
- ☐ 6. Unable to contact due to Shriners Hospital regulations

# Encuesta de seguimiento del Sistema Modelo de Lesiones por Quemadura

Gracias por seguir participando en este estudio. El objetivo del estudio es aprender sobre cómo evolucionan las personas después de una quemadura. Sus respuestas nos ayudarán a entender las experiencias de todas las personas con quemaduras. Algunas de las preguntas se refieren a cómo era su vida antes de su quemadura, otras preguntas son acerca de su salud actual. Quizás note que algunas respuestas son similares y le parezcan repetitivas. Esto no es un error y es parte del proceso de investigación. Toda su información se mantendrá confidencial. Si no está seguro(a) de cómo contestar una pregunta, por favor dé la respuesta que le parezca más correcta a usted. Puede decidir no responder a cualquier pregunta que no quiera contestar o que le parezca incómoda. Algunas preguntas tienen instrucciones para ayudarle a responder mejor. Estas instrucciones aparecen en letra cursiva.

**Por favor, conteste todas las preguntas con la mayor precisión posible. Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al:_____.**
**Su último cuestionario del estudio de investigación fue completado el ____/____/____.**

Fecha de hoy: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

| **Sección 1** |
|---|
| 1. ¿Cuál es su medio principal de transporte?<br>☐ 1. Manejando mi propio vehículo<br>☐ 2. Viajando con alguien más<br>☐ 3. Transporte público<br>☐ 4. No aplica (no utilizo transporte motorizado) |
| 2. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha hablado con otros sobrevivientes de quemaduras para recibir apoyo sobre dificultades relacionados con su quemadura?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| 3. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios en su casa o como paciente externo por su quemadura? (Seleccione todas las que apliquen)<br>☐ 1. Ningún servicio<br>☐ 2. Terapia ocupacional<br>☐ 3. Terapia física<br>☐ 4. Patología del habla y lenguaje<br>☐ 5. Trabajo social<br>☐ 6. Servicios psicológicos<br>☐ 7. Servicios vocacionales<br>☐ 99. No sé<br><br>*Algunos ejemplos de terapia ocupacional incluyen ayuda con equipo de adaptación y con el entorno de trabajo después de su lesión. Algunos ejemplos de terapia física incluyen amplitud de movimiento y ejercicios para caminar.* |

***Si no recibió ningún servicio O si no recibió terapia física/ocupacional, pase al número 8 en la página 4***

4. *Sí recibió terapia ocupacional y/o terapia física,* ¿cuántas sesiones de terapia ocupacional y/o terapia física ha tenido en las últimas 4 semanas? (Si no sabe exactamente, indique su mejor estimación)

- ☐ 1. Una
- ☐ 2. 2 a 4
- ☐ 3. 5 a 10
- ☐ 4. Más de 10
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física) → pase al #8, abajo
- ☐ 99. No sé

*Sí recibió terapia ocupacional y/o terapia física,* Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿dónde recibió la ocupacional o física para su quemadura?

5. ¿En el centro de quemados?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

6. ¿En otro lugar?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

7. ¿Por medio de telesalud? (por ejemplo, en consulta con su terapeuta mediante videoconferencia)

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

8. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha tenido alguna cirugía relacionada con su quemadura (como cirugías para heridas abiertas o tratamiento de cicatrices)?

- ☐ 1. Sí →
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

(*Si tuvo cirugías relacionadas con su quemadura)* ¿Ha tenido alguna cirugía relacionada con su quemadura fuera de este centro clínico?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

| **Sección 2** | |
|---|---|
| **Por favor, conteste cada pregunta en relación con su estado de salud actual. ¿Tiene actualmente:** | |
| 1. Pérdida de la audición? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 2. Cambio en la voz? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 3. Problemas de la vista o con los ojos? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 4. Dificultad con la memoria? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 5. Dificultad con el procesamiento de pensamientos? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 6. Hormigueo o sensación de ardor en su cicatriz por quemadura? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 7. Problemas con el equilibrio? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 8. Varices? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 9. Inflamación de brazos, piernas, manos o pies? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 10. Dificultad respiratoria al realizar sus actividades cotidianas? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 11. Dolor de articulaciones? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 12. Intolerancia al frío? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |
| 13. Dificultad en ambientes calientes? | ☐ Sí ☐ No ☐ No sé |

| **Sección 3** |
|---|
| 1. ¿**Actualmente** toma con regularidad medicamentos recetados para el dolor?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| 2. **¿Actualmente** toma medicamentos recetados para la comezón o la picazón con regularidad?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| 3. Desde su **último cuestionario del estudio de investigación**, ¿ha recibido terapia psicológica o consejería a raíz de su quemadura?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| *Para las siguientes dos preguntas, la medicación puede incluir medicamentos recetados o no recetados. Se pueden incluir suplementos herbales de venta libre, así como uso médico o recreativo de marihuana. No incluya alcohol.* |
| 4. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó usted medicamentos por estar preocupado, tenso o ansioso?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| 5. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó usted medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |

| **Sección 4** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| | **Excelente** | **Muy Buena** | **Buena** | **Pasable** | **Mala** |
| En general, diría que su salud es… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En general, diría que su calidad de vida es… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En general, ¿cómo calificaría su salud física? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluídos su estado de ánimo y su capacidad para pensar? …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas? …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.)… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | **Complet-amente** | **En su mayoría** | **Modera-damente** | **Un poco** | **Para nada** |
| ¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla? ……. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **En los últimos 7 días...** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| ¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad? …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **En los últimos 7 días...** | **Ninguno** | **Leve** | **Moderado** | **Intenso** | **Muy intenso** |
| En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio? …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 5** | | |
|---|---|---|
| **En los últimos 7 días…** | | |
| ¿Qué tan intensa fue su picazón en general?... | ☐0=0 No pica<br>☐1=1<br>☐2=2<br>☐3=3<br>☐4=4<br>☐5=5<br>☐6=6<br>☐7=7<br>☐8=8<br>☐9=9<br>☐10=10 La peor picazón imaginable | *Si no ha tenido picazón en los últimos 7 días,* ***pase a la Sección 6 en la página 7****.*<br><br>*Si tuvo picazón en los últimos 7 días,* ***continúe con el resto de la Sección 4, a continuación****.* |

**Sección 5, continuada…**

**Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.**

| **En los últimos 7 días…** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| Debido a la picazón, fue difícil trabajar …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, fue difícil hacer incluso tareas sencillas …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, cometí más errores de lo normal …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, fue difícil ver la televisión ……. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.**

| **En los últimos 7 días…** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| Debido a la picazón, me sentí desdichado/a… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, me sentí triste …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, me sentí inquieto/a …… | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a la picazón, tuve dificultad para dormirme …. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 6** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.** | | | | | |
| **<u>Ansiedad</u>**<br>**En los últimos 7 dias…** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| Sentí miedo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mis inquietudes fueron demasiado para mí | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí intranquilo/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| **<u>Depresión</u>**<br>**En los últimos 7 dias…** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| Sentí que no valía nada | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí indefenso/a (que no podia hacer nada para ayudarme) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí deprimido/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí desesperanzado/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| **Recientemente…** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| Debido a mi quemadura, me sentí emocionalmente distante de los demás. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí infeliz respecto a cómo mi quemadura afectaba mi apariencia. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a mi quemadura, algunas personas me evitaron. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Debido a mi quemadura, la gente fue poco amable conmigo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| **<u>Capacidad para Participar en Roles y Actividades Sociales</u>** | **Nunca** | **Rara vez** | **Algunas veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| Tengo problemas para realizar con otras personas todas mis actividades habituales de tiempo libre | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo problemas para cumplir con mis responsabilidades familiares | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo problemas para realizar todo mi trabajo habitual (incluya el trabajo en el hogar) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo problemas para realizar todas las actividades con mis amigos/as que quiero hacer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 7** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Intensidad del Dolor**<br>En los últimos 7 dias… | | | | | | | | | | | |
| En promedio, ¿cómo calificaría su dolor? | ☐ 0 **Ningun dolor** | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | ☐ 6 | ☐ 7 | ☐ 8 | ☐ 9 | ☐ 10 **El peor dolor imaginable** |

| **Efectos del dolor**<br>**En los últimos 7 dias…** | **Nada** | **Un poco** | **Algo** | **Mucho** | **Muchís-imo** |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿En qué medida el dolor interfirío en sus actividades diarias? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿En qué medida el dolor interfirío en el trabajo en el hogar? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿En qué medida el dolor interfirío en su capacidad para participar en actividades sociales? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿En qué medida el dolor interfirío en sus tareas domésticas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| **Agotamiento**<br>**En los últimos 7 dias…** | **Nada** | **Un poco** | **Algo** | **Mucho** | **Muchís-imo** |
| Me siento agotado/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Qué tan rendido/a se sintió en promedio? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Qué tan agotado/a estuvo en promedio? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*Para entender si una quemadura cambia la satisfacción de las personas con su vida sexual y de qué manera, hacemos algunas preguntas sobre la función sexual. Todos pueden responder estas preguntas. Si no tuvo actividad sexual en los últimos 30 días, califique qué tan satisfecho está sin actividad sexual.*

**Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea**

| **En los últimos 30 días…** | **Nada** | **Un poco** | **Algo** | **Bastante** | **Mucho** |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Hasta qué punto ha estado satisfecho/a con su vida sexual? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | **Ninguno** | **Un poco** | **Algo** | **Bastante** | **Mucho** |
| ¿Cuánto placer le ha dado su vida sexual? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| Alteración del Sueño<br>**En los últimos 7 dias…** | **Muy mala** | **Mala** | **Pasable** | **Buena** | **Muy Buena** |
|---|---|---|---|---|---|
| La calidad de mi sueño fue | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **En los últimos 7 dias…** | **Nada** | **Un poco** | **Algo** | **Mucho** | **Muchís-imo** |
| Mi sueño fue reparador | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tuve problemas para dormir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tuve dificultad para dormirme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| **Califique la manera en que cada afirmación le describe en este momento.** | **En absoluto** | **Un poco** | **Algo** | **Bastante** | **Mucho** |
| 1. Mantengo una actitud positiva incluso en situaciones adversas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Cuando sucede algo que me estresa, por lo general me calmo rápidamente. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Cuando sufro un contratiempo, sigo adelante. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Aunque a veces me siento mal, por lo general me recupero enseguida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 8** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea** | | | | | |
| **Capacidad de funcionamiento físico** | **Sin dificultad** | **Con poca dificultad** | **Con alguna dificultad** | **Con mucha dificultad** | **No puedo hacerlo** |
| ¿Puede realizar tareas, como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede subir y bajar escaleras a un paso normal? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede salir a caminar durante 15 minutos por lo menos? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede hacer mandados y compras? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

*INSTRUCCIONES: Si tuvo una quemadura* ***en la mano****, complete las siguientes 4 preguntas.* Si ***NO tuvo una quemadura en la mano****, avance a la Sección 7 en la página siguiente.*

| **La extremidad superior** | **Sin dificultad** | **Con poca dificultad** | **Con alguna dificultad** | **Con mucha dificultad** | **No puedo hacerlo** |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Puede cortar la comida con cubiertos? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede abrir una lata con un abrelatas? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede abotonar su camisa? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Puede recoger monedas de una mesa? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 9** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Por favor, responda pensando en sus quemaduras/cicatrices como son AHORA MISMO** | | | | |
| **¿Cuánto le molesta…** | **Para nada** | **Un poco** | **Bastante** | **Mucho** |
| … cómo se ven sus heridas/cicatrices cuando no están cubiertas (por ejemplo, sin ropa o maquillaje) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … qué tan notorias son sus heridas/cicatrices para otras personas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| … cómo se ven sus heridas/cicatrices en general | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 10** | | |
|---|---|---|
| **En el mes pasado, con referencia a su lesión por quemadura, alguna vez usted… …** | **SÍ** | **No** |
| ¿Ha tenido pesadillas sobre esos eventos o ha pensado en ellos cuando no quería? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha tratado mucho de no pensar en esos eventos, o tratado de evitar situaciones que le recuerdan de esos eventos? | ☐ | ☐ |
| ¿Ha estado constantemente en guardia, fácilmente sobresaltado/a o asustado/a? | ☐ | ☐ |
| ¿Se sintió insensible o desconectado/a de las personas, las actividades o de su entorno? | ☐ | ☐ |
| ¿Se sintió culpable o incapaz de dejar de culparse a sí mismo o a los demás por el(los) evento(s) o cualquier problema que el(los) evento(s) haya(n) causado? | ☐ | ☐ |

| **Sección 11** | | |
|---|---|---|
| *Esta sección pregunta sobre el consumo de alcohol durante el último año (O, desde su último cuestionario del estudio, si su quemadura fue hace menos de un año).*<br>*Si no bebió alcohol en el último año,* ***marque esta casilla*** ☐ *y luego pase a la Sección 10 a continuación.* | | |
| En el último año (*O*, desde su último cuestinario del estudio, *si su quemadura fue hace menos de un año). …* | | |
| 1. ¿Ha pensado que necesita reducir la cantidad de sus bebidas alcohólicas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Se ha molestado porque la gente lo ha criticado por beber? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por beber? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Alguna vez sintió que necesitaba tomarse un trago al despertar por la mañana para calmar sus nervios o para mejorarse de una resaca? | ☐ Sí | ☐ No |
| **Sección 12** | | |
| *Esta sección pregunta sobre el consumo de drogas durante el último año (O, desde su último cuestionario del estudio, si su quemadura fue hace menos de un año).*<br>*Si no consumió drogas en el último año,* ***marque esta casilla*** ☐ *y luego pase a la Sección 11 a continuación.* | | |
| En las preguntas de esta sección estaremos preguntado sobre el consumo de drogas por ejemplo crack o heroína; o sobre medicamentos con receta como medicinas para el dolor o estimulantes que no se le recetaron a usted; o productos químicos que pudiera haber inhalado. También queremos saber si algunas veces tomó más de la dosis recetada de cualquier medicamento. | | |
| En el último año (*O, desde su* último cuestionario del estudio de investigación, *si su quemadura fue hace menos de un año*). … | | |
| 1. ¿Ha pensado que necesita disminuir la cantidad de drogas que consume? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Se ha molestado porque la gente lo ha criticado por su consumo de drogas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable sobre su consumo de drogas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Alguna vez sintió que necesitaba consumir drogas al despertar en la mañana para calmar sus nervios o para mejorarse de una resaca? | ☐ Sí | ☐ No |

| **Sección 13** |
|---|
| **Actualmente:** |
| 1. ¿Quién se encarga de sus finanzas personales, tales como gestiones de banco y pago de deudas?<br>☐ 1. Usted solo<br>☐ 2. Usted y otra persona<br>☐ 3. Otra persona |
| **¿Aproximadamente cuántas veces al mes participó usted en las siguientes actividades fuera de su casa…** |

2. Ir de compras?
- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. De 1 a 4 veces
- ☐ 3. 5 veces o más

3. Actividades de tiempo libre tales como ir al cine, deportes, restaurantes o alguna otra cosa?
- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. De 1 a 4 veces
- ☐ 3. 5 veces o más

4. Visitar amistades o familiares?
- ☐ 1. Nunca
- ☐ 2. De 1 a 4 veces
- ☐ 3. 5 veces o más

5. Cuando participa en actividades de tiempo libre, ¿por lo general lo hace solo o con otros?
- ☐ 1. La mayoría de las veces solo/a
- ☐ 2. La mayoría de las veces con amigos/as que tienen quemaduras
- ☐ 3. La mayoría de las veces con miembros de la familia
- ☐ 4. La mayoría de las veces con amigos/as que no tienen lesiones por quemadura
- ☐ 5. En combinación con miembros de la familia y amigos/as
- ☐ 77. No aplica (no hizo actividades de tiempo libre)

6. ¿Tiene usted un mejor amigo/a en quien confía?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

**Sección 14**

En las siguientes 4 frases usted puede estar de acuerdo o desacuerdo. Utilice una escala donde el 1 representa que usted está firmemente en desacuerdo y el 7 representa que usted está firmemente de acuerdo. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo según corresponda. Por favor, sea franco y honesto en sus respuestas.

| | Muy en des-acuerdo =1 | En des-acuerdo =2 | Un poco en des-acuerdo =3 | Ni de acuerdo ni en des-acuerdo =4 | Un poco de acuerdo =5 | De acuerdo =6 | Muy de acuerdo =7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. En la mayoría de los aspectos mi vida es cercana a lo ideal. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Las condiciones de mi vida son excelentes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | Muy en des-acuerdo =1 | En des-acuerdo =2 | Un poco en des-acuerdo =3 | Ni de acuerdo ni en des-acuerdo =4 | Un poco de acuerdo =5 | De acuerdo =6 | Muy de acuerdo =7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3. Estoy satisfecho con mi vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 15**

Estas son algunas preguntas sobre las formas en que las personas a veces cambian después de eventos difíciles. Para cada oración, por favor indique el grado en que los cambios en su vida ocurrieron como resultado de su quemadura. Por favor use las siguientes medidas para sus respuestas.
0 = No he experimentado este cambio como resultado de mi quemadura
1 = He experimentado este cambio muy poco como resultado de mi quemadura
2 = He experimentado poco cambio como resultado de mi quemadura
3 = He experimentado este cambio en grado moderado como resultado de mi quemadura
4 = He experimentado este cambio en alto grado como resultado de mi quemadura
5 = He experimentado este cambio en muy alto grado como resultado de mi quemadura

| | **No he experi-mentado este cambio** | **Muy Poco** | **Poco** | **Grado modera-do** | **Alto grado** | **Muy alto grado** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Me siento más cercana, allegada, a otras personas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 16**

Esta es la última sección de la encuesta.

1. ¿ Cuál es su peso actualmente? (libras)_____ ☐ No sé

2. ¿Cuál es su estatura actualmente? (pies/pulgadas)_____ ☐ No sé

3. ¿Dónde está viviendo ahora? (Escoja solo una)
- ☐ 1. Residencia privada
- ☐ 2. Casa de convalecencia
- ☐ 3. Casa para adultos
- ☐ 4. Institución correccional
- ☐ 5. Hotel/motel
- ☐ 6. Sin hogar
- ☐ 7. Hospital

4. Actualmente, ¿cuál es su código postal?_____
- ☐ No aplica (no vivo en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)

5. ¿Con quién está viviendo ahora? (Escoja todas las que apliquen)
- ☐ 1. Solo
- ☐ 2. Pareja/esposo/a
- ☐ 3. Amistad
- ☐ 4. Padre/madre o padrastro/madrastra
- ☐ 5. Otro pariente (hermanos, abuelos)
- ☐ 6. Otros, no parte de la familia
- ☐ 7. Tutor legal/guardián legal
- ☐ 8. Hijos pequeños
- ☐ 9. Hijos adultos
- ☐ 99. No sé

6. ¿Cuál es su estado civil ahora? (Escoja solo una)
- ☐ 1. Casado; viviendo con pareja
- ☐ 2. Separado
- ☐ 3. Divorciado
- ☐ 4. Viudo
- ☐ 5. Soltero (sin casar)

7. ¿Cuál es su situación actual de trabajo? (Escoja solo una)
- ☐ 1. Estoy trabajando
- ☐ 2. No estoy trabajando (estoy buscando trabajo)
- ☐ 3. No estoy trabajando (no estoy buscando trabajo)
- ☐ 4. Ama/o de casa/cuidador
- ☐ 5. Voluntario
- ☐ 6. Jubilado

*(Si está trabajando actualmente)*, ¿Aproximadamentecuántas horas a la semana trabaja por paga?

_____
*(indique cuántas horas)*

*Si no había regresado al trabajo o la escuela cuando completó su último cuestionario del estudio de investigación, pero ahora está trabajando,*
¿En qué fecha regresó primero al trabajo/escuela desde su lesión? (*Indique su mejor estimación si no sabe la fecha exacta*):
_____/_____/_____

8. En el último año, ¿cuántos meses trabajó por paga? _____
☐ No sé (*Indique cuántos meses*)

9. ¿Cuál es su principal ocupación? (*O*, ¿cuál fue su principal ocupación la última vez que trabajó? *si la respuesta arriba fue menos de 1 mes)*

Ocupación: _____ (*no el nombre de la compañía*)

*Occupation Categories [for staff use only]:*
*1 - Ejecutivo, Administrativo y Gerente, 2 - Profesional especializado, 3 - Técnicos y Apoyos relacionados, 4 – Ventas, 5 - Apoyo administrativo incluyendo secretaria, 6 - Casa particular, 7 - Servicio de protección, 8 - Servicio, aparte de protección y en casa particular, 9 - Agricultura, Silvicultura y Pesca, 10 - Producción de precisión, Artesanía y Reparación, 11 - Operadores de máquinas, Ensambladores e Inspectores, 12 - Transporte y movimiento de materiales, 13 - Operadores, Limpiadores de equipos, Ayudantes y Obreros, 14 - Ocupaciones Militares*

*Si no está trabajando actualmente, pase al numero 11, abajo.*

10. *(Si está trabajando actualmente,)* ¿Ha recibido alguna adaptación para funciones laborales de su empleador debido a su quemadura? Esto podría incluir un cambio en su trabajo o en su horario laboral, una modificación en su sitio de trabajo o en el equipo de asistencia.

☐ 1. No, a mi empleador no se le solicitaron adaptaciones para funciones laborales y no recibí ninguna.
☐ 2. No, a mi empleador se le solicitaron adaptaciones para funciones laborales, pero la solicitud fue rechazada.
☐ 3. Si, a mi empleador se le solicitaron adaptaciones para funciones laborales y recibí algunas o todas las adaptaciones que pedí.
☐ 4. Sí, mi empleador me dió adaptaciones para funciones laborales sin tener que pedirlas.
☐ 99. No sé

*La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos. Agradecemos esta información porque con frecuencia los ingresos están relacionados con la salud. Por ejemplo, nos gustaría saber si las familias que han reportado ingresos bajos tienen más problemas con el acceso a servicios de atención médica, como el cuidado dental o la terapia física. Tener esta información nos ayuda a abogar por mejores programas que atienden a personas con quemaduras.*

11. ¿Aproximadamente cuáles fueron los ingresos anuales totales de su familia en el último año completo (ingresos totales de todos los miembros de la familia que viven con usted en su hogar, incluyéndose usted)? (en dólares estadounidenses)

☐ 1. Menos de $25,000
☐ 2. $25,000-$49,999
☐ 3. $50,000-$99,999
☐ 4. $100,000-$149,999
☐ 5. $150,000-$199,999
☐ 6. $200,000 o más
☐ 7. No vivía en los Estados Unidos
☐ 77. No aplica (ej., vivía en una institución)
☐ 88. Prefiero no responder

12. ¿Cuántas personas hay en su hogar (incluyéndose usted)? _____

13. ¿Aproximadamente cuál fue su ingreso individual en el último año? (en dólares estadounidenses)

- ☐ 1. Menos de $25,000
- ☐ 2. $25,000-$40,999
- ☐ 3. $41,000-$55,999
- ☐ 4. $56,000-$70,999
- ☐ 5. $71,000-$85,999
- ☐ 6. $86,000-$100,000
- ☐ 7. Más de $100,000
- ☐ 8. No vivía en los Estados Unidos
- ☐ 77. No aplica (no tuve ingreso individual)
- ☐ 88. Prefiero no responder

14. ¿Actualmente está recibiendo ingresos por discapacidad/incapacidad tales como Seguro por Incapacidad del Seguro Social o incapacidad de un seguro privado a largo plazo? (Escoja todas las que apliquen)

- ☐ 1. No estoy recibiendo ingresos por incapacidad
- ☐ 2. Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI)
- ☐ 3. Incapacidad de un seguro privado a a largo plazo
- ☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 5. Remuneración por accidente laboral
- ☐ 6. Otro (por favor, explique): _____
- ☐ 99. No sé

*En caso afirmativo*, ¿está recibiendo ingresos por discapacidad por su quemadura?

- ☐ 1. Sí, estoy recibiendo ingresos por discapacidad por mi quemadura
- ☐ 2. No, no estoy recibiendo ingresos por discapacidad por mi quemadura
- ☐ 77. No aplica (no estoy recibiendo ingresos por discapacidad)
- ☐ 99. No sé

15. ¿Actualmente quién es su patrocinador principal de atención médica, o quien está pagando por la mayoría de sus gastos médicos por quemadura? (Escoja solo una)

- ☐ 1. Medicare
- ☐ 2. Medicaid (DSHS)
- ☐ 3. Seguro privado/HMO/PPO/Pre-pagado/Administrado
- ☐ 4. Inmunización por accidente laboral (L&I)
- ☐ 6. Champus/Tri-Care
- ☐ 7. Paga por sí mismo o es indigente (recibe ayuda pública)
- ☐ 9. VA
- ☐ 10. Otro
- ☐ 11. Filantropía (ayuda privada o fundación privada u hospital Shriners)
- ☐ 77. No aplica (no hay gastos por la quemadura)
- ☐ 99. No sé

| | |
|---|---|
| 16. ¿Cuál es su situación escolar actual?<br>☐ 1. Voy a la escuela<br>☐ 2. No voy la escuela → | *Si no está trabajando o asistiendo a la escuela*, ¿Por qué no?<br><br>☐ No aplica (trabajando o asistiendo a la escuela)<br>☐ Tiene que ver con la quemadura<br>☐ Otros problemas médicos<br>☐ Problemas con su empleador<br>☐ Razones emocionales/sociales<br>☐ Razones judiciales/cárcel<br>☐ Abuso de sustancias<br>☐ Decisión personal<br>☐ Otra razón<br>☐ Jubilado<br>☐ Amo/a de casa/cuidador<br>☐ Sin empleo pero buscando empleo<br>☐ No sé |

17. ¿Cuántos años de educación ha completado?
*(Si no se ha graduado de high school, por favor, indique el número de años que ha completado en la escuela. Si tiene por lo menos diploma de high school, indique el título académico más alto obtenido o intentado después de high school. En otras palabras, ¿cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? Sin incluir pre-kinder o kinder.)*

☐ 1. 1 año o menos
☐ 2. 2 años
☐ 3. 3 años
☐ 4. 4 años
☐ 5. 5 años
☐ 6. 6 años
☐ 7. 7 años
☐ 8. 8 años
☐ 9. 9 años
☐ 10. 10 años
☐ 11. 11 o 12 años; sin diploma
☐ 12. Diploma de high school o equivalente (es decir, GED)
☐ 13. Estudiando para un título asociado, título vocacional o diploma/certificado de escuela técnica
☐ 14. Título asociado, título vocacional o diploma/certificado de escuela técnica
☐ 15. Estudiando para una licenciatura
☐ 16. Licenciatura
☐ 17. Estudiando para una maestría
☐ 18. Maestría
☐ 19. Estudiando para un doctorado
☐ 20. Doctorado
☐ 66. Otro

| |
|---|
| 18. ¿Actualmente tiene problemas físicos, tales como problemas de movilidad (dificultad para mover los brazos, las piernas o el cuerpo)?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |
| 19. ¿Alguna vez sirvió en el ejército?<br>☐ 1. No<br>☐ 2. Sí |

¿Aproximadamente cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta?
_____

Hay algo más que le gustaría decirnos?_____
_____
_____
_____

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.