BMS Adult Interview Form II: Research Staff Instructions

Instructions: This form is designed to aid in the interview process. If you are handing the form to the participant for them to fill out, use the mail version of this form instead. Instructions to the interviewer appear throughout the survey in italics, and scripts to read aloud to the participants appear using quotation marks. The scripts to read aloud are also boxed and shaded in light gray. Use these scripts as suggestions for how to move through the survey while establishing rapport with the participant.

Missing codes appear throughout this interview in small boxes. If a participant doesn't want to answer any item or doesn't know the answer, circle "88" (Declined to Answer/Refused) or "99" (Unknown) in that item's corresponding missing code box. Some items have missing codes built into their response options and therefore don't have those code boxes.

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?

- ☐ 1. In Person Interview
- ☐ 3. Telephone Interview
- ☐ 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

Introduction Script (replace this script with your personalized center introduction script if applicable or modify as needed to facilitate the flow and rapport of the interview):

"Hola mi nombre es ___ y estoy llamando de _____ para hacerle algunas preguntas sobre como ha estado (desde su quemadura)…o (desde la última vez que hablamos el (última fecha de seguimiento)).

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. Simplemente diga, "paso".

Vamos a comenzar con la entrevista. Por favor dígame si tiene alguna pregunta en cualquier momento."

Today's date: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Time interview started: _____

"Su último cuestionario del estudio de investigación fue completado el ____/____/____."

"Sigamos adelante y empecemos."

Section 1: Burn Injury Follow-up

1. ¿Cuál es su medio principal de transporte?

88/Refused
99/Unknown

- ☐ 1. Manejando mi propio vehículo
- ☐ 2. Viajando con alguien más
- ☐ 3. Transporte público
- ☐ 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 relacionadas con su quemadura?

88/Refused

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 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? (Escoja todas las que apliquen)

- ☐ 1. Ningún servicio
- ☐ 2. Terapia ocupacional
- ☐ 3. Terapia física
- ☐ 4. Patología del habla y lenguaje
- ☐ 5. Trabajo social
- ☐ 6. Servicios psicológicos
- ☐ 7. Servicios vocacionales
- ☐ 99. No sé

88/Refused

*If clarification is needed, say, "*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."

<u>Interviewer instructions:</u> If the participant didn't receive any services OR if they didn't receive PT/OT, skip to #8 on page 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 aproximación)

88/Refused

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

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

5. ¿En el centro de quemaduras?

88/Refused

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

6. ¿En otro lugar?

88/Refused

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

88/Refused

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)?	*(Si tuvo cirugías relacionadas con su quemadura)* ¿Ha tenido alguna cirugía relacionada con su quemadura fuera de este centro clínico?
☐ 1. Sí →	☐ 1. Sí
☐ 2. No	☐ 2. No
☐ 99. No sé 88/Refused	☐ 99. No sé 88/Refused

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

Section 3: Pain Medication Follow-up

1. ¿**Actualmente** toma con regularidad medicamentos recetados para el dolor?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

2. **¿Actualmente** toma con regularidad medicamentos recetados para la comezón o picazón?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

3. Desde **su último cuestionario del estudio de investigación**, ¿ha recibido terapia psicológica o consejería a raíz de su quemadura?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

Interviewer instructions: For the next two questions, medication can include prescribed or non-prescribed medications. Over the counter herbal supplements as well as medical or recreational marijuana use can be included. Do not include alcohol.

4. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó usted medicamentos por estar preocupado/a, tenso/a o ansioso/a?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

5. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó usted medicamentos por estar triste, sentirse vacío/a o deprimido/a?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown on this page.

Section 4: PROMIS Global

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.)	☐	☐	☐	☐	☐

	Completa-mente	En su mayoría	Moderada-mente	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**	**Siem-pre**
¿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?	☐	☐	☐	☐	☐

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown on this page.

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

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 …….	☐	☐	☐	☐	☐

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 ….	☐	☐	☐	☐	☐

Section 6: PROMIS-29 Mental & Social Health Domains & Stigma
Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown on this page.

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

Ansiedad **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	☐	☐	☐	☐	☐
Depresión **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	☐	☐	☐	☐	☐

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

Recientemente…	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Debido a mi lesión, me sentí emocionalmente distante de los demás.....	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí infeliz respecto a cómo mi lesión afectaba mi apariencia	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a mi lesión, algunas personas me evitaron.	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a mi lesión, la gente fue poco amable conmigo.	☐	☐	☐	☐	☐

Capacidad para Participar en Roles y Actividades Sociales	**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	☐	☐	☐	☐	☐

Section 7: PROMIS-29 Physical Health Domains, Sexual Satisfaction & UW Resilience
Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.

Intensidad del Dolor
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 **En los últimos 7 dias…**	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Much-ísimo**
¿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 **En los últimos 7 dias…**	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Much-ísimo**
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?	☐	☐	☐	☐	☐

<u>Interviewer instructions</u>: Use this prompt to preface the sexual satisfaction items: "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?	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Alteración del Sueño</u> **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**	**Much-ísimo**
Mi sueño fue reparador	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve problemas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para dormirme	☐	☐	☐	☐	☐

Responda a todas las preguntas. Elija una respuesta por pregunta.

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.	☐	☐	☐	☐	☐

Section 8: PROMIS Physical Function & Upper Extremity Mobility *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*					
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?	☐	☐	☐	☐	☐
Interviewer Instructions**: Si tuvo una quemadura **en la mano**, complete las siguientes 4 preguntas.* Si ***NO tuvo una quemadura en la mano, *avance a la Sección 9 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?	☐	☐	☐	☐	☐

Section 9: CAR-E Wound Appearance Scale *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section*				
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	☐	☐	☐	☐

Section 10: PC-PTSD *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section*		
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?	☐	☐

Section 11: CAGE Alcohol *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section*		
Esta sección pregunta sobre el consumo de alcohol durante el último año (O, desde su último cuestionario del estudio, si su si su quemadura fue hace menos de un año). *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 cuestionario 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

Section 12: CAGE Drug *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section*		
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). *Si no consumió drogas en el último año,* ***marque esta casilla*** ☐ *y luego pase a la Sección 11 a continuación. Utilice este mensaje para describir al participante lo que entendemos por drogas: "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

Section 13: Community Integration Questionnaire (CIQ) *Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*
Actualmente:
1. ¿Quién se encarga de sus finanzas personales, tales como gestiones de banco y pago de deudas? ☐ 1. Usted solo ☐ 2. Usted y otra persona ☐ 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

Section 14: Satisfaction with Life (SWL)

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.

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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Estoy satisfecho con mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Section 15: Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.

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.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Section 16: Demographics

Esta es la última sección de la encuesta.

1. ¿ Cuál es su peso actualmente? (libras)_____ ☐ No sé
   For data collector use only: convert pounds to kg: _____

88/Refused

2. ¿Cuál es su estatura actualmente? (pies/pulgadas)_____ ☐ No sé
   For data collector use only: convert feet/inches to cm: _____

88/Refused

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused

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)

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

(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*)

88/Refused

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*)

88/Refused
99/Unknown

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

Interviewer Instructions: *Si no está trabajando actualmente, pase al numero 11 en la página siguiente.*

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

88/Refused

"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

99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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

99/Unknown

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 largo plazo
- ☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 5. Remuneración por accidente laboral
- ☐ 6. Otro (por favor, explique): _____
- ☐ 99. No sé

88/Refused

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

88/Refused

16. ¿Cuál es su situación escolar actual?

- ☐ 1. Voy a la escuela
- ☐ 2. No voy la escuela

88/Refused
99/Unknown

Si no está trabajando o asistiendo a la escuela, ¿Por qué no?

- ☐ No aplica (trabajando o asistiendo a la escuela)
- ☐ Tiene que ver con la quemadura
- ☐ Otros problemas médicos
- ☐ Problemas con su empleador
- ☐ Razones emocionales/sociales
- ☐ Razones judiciales/cárcel
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Decisión personal
- ☐ Otra razón
- ☐ Jubilado
- ☐ Amo/a de casa/cuidador
- ☐ Sin empleo pero buscando empleo
- ☐ No sé

88/Refused

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

88/Refused
99/Unknown

18. ¿Actualmente tiene problemas físicos, tales como problemas de movilidad (dificultad para mover los brazos, las piernas o el cuerpo)?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused
99/Unknown

19. ¿Alguna vez sirvió en el ejército?

- ☐ 1. No
- ☐ 2. Sí

88/Refused
99/Unknown

Time interview ended: _____
Length of interview: _____

"Hay algo más que le gustaría decirnos?_____
_____
_____
_____
Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros."