## BMS Pediatric Self Report 13-17 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 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 or as response options. 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

**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 Burn Model System: Introducción

**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 cómo ha estado (desde su quemadura)…. O (desde la última vez que conversamos (última fecha de seguimiento)).

Gracias por seguir siendo parte de este estudio! Queremos aprender cómo les va a los jóvenes después de una quemadura. Algunas preguntas son sobre su quemadura y otras son sobre usted y las personas que lo rodean. Quizás observe que algunas preguntas podrían parecer similares. Esto no es un error y es parte del proceso de investigación. Toda su información se mantendrá confidencial. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, por favor, dé una respuesta que se ajuste mejor a usted. Puede decidir saltarse cualquier pregunta que no quiera contestar o si le incomoda responder. Solo dígame, "paso". Vamos a comenzar con la encuesta. Por favor hágame saber en cualquier momento si tiene alguna pregunta."

Fecha: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

## Sección 1

1. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha hablado con otros sobrevivientes de quemaduras para recibir apoyo sobre problemas relacionados con su quemadura?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused
99/Unknown

2. Que usted sepa, ¿ha tenido COVID-19 en el último año?

*O, desde su último cuestionario del estudio de investigación, si su quemadura fue hace menos de un año,* ¿ha tenido COVID-19?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

(*En caso afirmativo*), ¿en qué mes y año tuvo COVID-19? (si ha tenido COVID-19 más de una vez, proporcione el mes y año de su primeraprimera enfermedad)

Mes:_____

Año: _____

¿Qué nivel de atención recibió por COVID-19?

- ☐ 1. No buscó atención médica
- ☐ 2. Recibió atención médica pero no fue hospitalizado
- ☐ 3. Fue hospitalizado

En el hospital ... (*si corresponde*)

- ☐ 1. NO estaba conectado a un ventilador (respirando máquinamáquina para respirar con tubo en la garganta)
- ☐ 2. Estaba en unconectado a un ventilador
- ☐ 3. No sé

88/Refused

3. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios en su casa o como paciente externo? *(Seleccione 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 o atención emocional pediátrica
- ☐ 99. No sé

88/Refused

*If clarification is needed, say* "Algunos ejemplos de terapia ocupacional incluyen ayuda para ajustarse al entorno escolar después de una 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 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 en la página 4
- ☐ 99. No sé

88/Refused

*Sí recibió terapia ocupacional y/o terapia física,* Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿<u>dónde</u> 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

88/Refused

6. ¿En otro lugar?

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

88/Refused

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

88/Refused

| | |
|---|---|
| 8. Desde su último cuestionario de los estudiosdel estudio de investigación, ¿ha tenido alguna cirugía relacionada a sus quemaduras (tales como cirugías para heridas abiertas o manejo tratamiento de cicatrizces)?<br>☐ 1. Sí →<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused | (*Si tuvo cirugías relacionadas con su quemaduras)* ¿Ha tenido alguna cirugía relacionada acon su quemadura fuera de este centro clínico?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |

**Sección 2** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.)*

**Instrucciones: Por favor, conteste cada pregunta con un "sí" o "no".**
**Si contesta "sí", entonces, por favor, indique en qué medida afecta este problema su actividad diaria utilizando estas respuestas:**

| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Para nada* | *Muy poco* | *Poco* | *Moderada-menteo* | *Bastante* | *Exagerada-mente* | *Muy exagerada-mente* |

| Tiene problemas… | Problema? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. De la vista? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. De la audición? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. De aprendizaje y comprensión? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Hablando o comunicándose de otras formas (ej; signos, gestos, tarjetas con imágenes, o sonidos que no son palabras)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Controlando emociones o comportamiento? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Con convulciones o epilepsia? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Relacionados con la boca (ej; masticar, tragar o babear)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Con sus dientes o encías? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Con la digestión (ej; reflujo, vómito, o estreñimiento)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Con diabetes Tipo 1 o Tipo 2? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Con su crecimiento? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Para dormir? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Con infecciones repetitivas? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. AlDe respirarción (ej; asma)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Con áreas de la piel abiertas crónicas (ej; lesiones abiertas crónicas)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Con otros problemas de la piel (ej; eccema)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Con el corazón (tales como un defecto de nacimiento)? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. Con dolor? | ☐ Sí | ☐ No | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. ¿Tiene algún otro problema médico? | ☐ Sí | ☐ No | En caso afirmativo, especifique el problema: | | | | | | |

| **Sección 3** |
|---|
| 1. ¿ **Actualmente** toma medicamentos de venta con receta para el dolor con regularidad?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |
| 2. **¿Actualmente** toma medicamentos de venta con receta para la picazón con regularidad?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |
| 3. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó medicamentos por estar preocupado, tenso o ansioso?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |
| 4. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |
| 5. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha recibido terapia psicológica o asesoramiento a raíz de su quemadura?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé<br>88/Refused |

**Sección 4** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.)*

Las preguntas que siguen se refieren a su apariencia.

| | **Definitiva-mente cierto=1** | **Mayor-mente cierto=2** | **No estoy seguro (a)=3** | **Mayor-mente falso=4** | **Definitiva-mente falso=5** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Considero que la quemadura no es atractiva para los demás. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Pienso que la gente no quiere tocarme. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Me siento inseguro entre extraños. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Los cambios en mi apariencia han interferido con mis relaciones. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 5** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.)* | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Es una lista de problemas que los niños(as) de vez en cuando tienen después que les ha pasado algo espantoso como de lo que hemos estado hablando. Marca la caja que mejor describe cuantas veces, estos problemas te han preocupado en las ULTIMAS DOS SEMANAS. | | | | |
| | **Nunca=0** | **De vez en cuando=1** | **La mitad del tiempo =2** | **Casi siempre =3** |
| 1. Has tenido pensamientos o imagenes molestos sobre el trauma aunque tu no querias pensar en eso. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Has tenido sueños malos o pesadillas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Has tenido mucho menos intéres o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| Marca la caja que mejor describe cuantas veces, estos problemas te han preocupado en las ULTIMAS DOS SEMANAS. | **Nunca=0** | **De vez en cuando=1** | **La mitad del tiempo =2** | **Casi siempre =3** |
|---|---|---|---|---|
| 12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algun programa de la televisión, olvidandote de lo que leiste, o no prestando atención en la clase). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Te has asustado o te has sorprendido facilmente. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 6** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.)* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.** | | | | | |
| **En los últimos 7 días…** | **0= Nunca** | **1= Casi nunca** | **2= A veces** | **3= A menudo** | **4= Casi siempre** |
| 1. Me sentí harto/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Me sentí enojado/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Me sentí molesto/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Estuve tan enojado/a que tuve ganas de arrojar algo. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Estuve tan enojado/a que tuve ganas de gritarle a alguien. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 7** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| ***Capacidad de funcionamiento físico***<br><br>En los últimos 7 días... | **Sin dificultad** | **Con poca dificultad** | **Con alguna dificultad** | **Con mucha dificultad** | **No pude hacerlo** |
| Pude practicar los mismos deportes y ejercicios qu hacían otros niños/as de mi edad. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pude levantarme del piso (suelo). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pude subir escaleras sin agarrarme a nada. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| He podido hacer físicamente las actividades que más me gustan. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| ***Ansiedad***<br><br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Sentí que pasaría algo terrible. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí nervioso/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí preocupado/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me preocupé cuando estaba en casa. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| ***Síntomas de depresión***<br><br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Sentí que todo me salía mal en la vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí solo/a. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí triste. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me resultó difícil divertirme. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| ***Agotamiento***<br><br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| El cansancio hizo que fuera difícil para mí estar al día con las tareas escolares. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me cansé fácilmente. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Estuve demasiado cansado/a para practicar deportes o hacer ejercicio. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Estuve demasiado cansado/a para disfrutar de las cosas que me gusta hacer. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| ***Relaciones entre iguales***<br><br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| Me sentí aceptado/a por los otros niños/as de mi edad. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Pude contar con mis amigos/as. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mis amigos/as y yo nos ayudamos. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Otros niños/as quisieron ser mis amigos/as. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| ***Efectos del dolor***<br><br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| Tuve problemas para dormir cuando sentí dolor. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuando tuve dolor, me fue difícil prestar atención. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuando tuve dolor, me fue difícil correr. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Cuando tuve dolor, me fue difícil caminar una manzana (cuadra). | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| ***Intensidad del dolor***<br><br>En los últimos 7 días... | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En promedio, ¿cómo dirías que es tu dolor? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | 0<br>**Ningún pain** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10<br>**El peor dolor que te puedes imaginar** |

| **Sección 8** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo | **Completa-mente en desacuerdo** | **En desacuerdo** | **Ni de acuerdo ni en desacuerdo** | **De acuerdo** | **Completa-mente de acuerdo** |
| 1. Me está llendo bien en la vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Mi vida es justo como la quiero. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Tengo una buena vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Tengo lo que deseo en la vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 9**

**Actualmente:**

1. ¿Usted se hace responsable por su aseo personal cuando se le pide?
   - ☐ 1. Con frecuencia
   - ☐ 2. Algunas veces
   - ☐ 3. Nunca

88/Refused
99/Unknown

**¿Aproximadamente cuántas veces al mes participa 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

88/Refused
99/Unknown

3. Actividades de ocio tales como ir al cine, deportes, restaurantes.
   - ☐ 1. Nunca
   - ☐ 2. De 1 a 4 veces
   - ☐ 3. 5 veces o más

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused

| **Sección 10** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Por favor, respondea a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.** | | | | | | |
| **En los últimos 7 días…** | | **En los últimos 7 días…** | **En los últimos 7 días…** | **En los últimos 7 días…** | **En los últimos 7 días…** | **En los últimos 7 días…** |
| Me costó trabajo dormir cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Me sentí enojada/o cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fue difícil para mí prestar atención cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fue difícil para mí divertirme cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | **No aplica** (no hago trabajo escolar) | **Nunca** | **Casi Nunca** | **A veces** | **Frecuent e-mente** | **Casi Siempre** |
| Me costó trabajo hacer las tareas escolares cuando tenía comezón | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 11** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| **En los últimos 7 días...** | **Ningún día** | **1 día** | **2-3 días** | **4-5 días** | **6-7 días** |
| ¿Cuántos días has hecho tanto ejercicio o has jugado tanto que tu cuerpo se ha cansado? | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| ¿Cuántos días has hecho ejercicio muy intenso durante 10 minutos o más? | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| ¿Cuántos días has hecho tanto ejercicio que has acabado respirando fuerte? | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| ¿Cuántos días has estado tan activo/a físicamente que has sudado? | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |

| **Sección 12** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **Casi siempre** | **Siempre** |
| Tuve dificultad para dormirme | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| Dormí toda la noche | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| Tuve dificultad para dormir | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| Tuve problemas para dormir | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |

| **Sección 13** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| En las últimas 4 semanas... | **Nunca** | **Rara vez** | **A veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| He sentido una relación estrecha con mi familia | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| Me he sentido realmente importante para mi familia | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| He recibido toda la ayuda que necesitaba de mi familia | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |
| Mi familia y yo nos hemos divertido juntos | ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |

| **Sección 14** (*Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.*) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **ENSEGUIDA HAY ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE MANERAS EN QUE LA GENTE CAMBIA DESPUES DE EVENTOS DIFICILES.**<br>Para cada una de las siguientes declaraciones indique el grado en que ocurrió este cambio en su vida como resultado de su lesion. | | | | | |
| | **Ningun cambio** | **Un poco** | **Algun** | **Mucho** | **No se** |
| Aprendí que agradable y servicial pueden ser algunas personas. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ahora puedo manejar problemas grandes mejor de lo que solía. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sé lo que es importante para mi mejor que antes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Entiendo cómo funciona Dios mejor de lo que solía. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| | Ningun cambio | Un poco | Algun | Mucho | No se |
|---|---|---|---|---|---|
| Me siento más cerca de otras personas (amigos o familiares) que antes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Aprecio (disfruto) cada día más de lo acostumbrado. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ahora tengo la oportunidad de hacer algunas cosas que no podia hacer antes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi fe (creencia) en Dios es más fuerte de lo que era antes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| He aprendido que puedo lidiar con más cosas que pensé que podia hacer antes. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Tengo nuevas ideas acerca de cómo quiero que sean las cosas cuando crezca. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 15**

"Esta es la última sección de la encuesta."

1. ¿Cuánto pesa ahora? (libras)_____ ☐ No sé

2. ¿Cuánto mide de estatura ahora? (pies/pulgadas)_____ ☐ No sé

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

   88/Refused
   99/Unknown

4. ¿Cuál es su código postal ahora?_____
   - ☐ 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)
   - ☐ 4. Padre/madre o padrastro/madrastra
   - ☐ 5. Otro pariente (hermanos, abuelos)
   - ☐ 6. Otros, no parte de la familia
   - ☐ 7. Tutor

   88/Refused
   99/Unknown

6. ¿Cuál es su situación escolar ahora?
- ☐ 1. Voy a la escuela
- ☐ 2. No estoy en la escuela →

88/Refused
99/Unknown

Si no está asistiendo a la escuela, ¿Por qué no?
- ☐ Tiene que ver con la quemadura
- ☐ Otros problemas médicos
- ☐ Razones emocionales/sociales
- ☐ Razones judiciales/cárcel
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Decisión personal
- ☐ Otro razón
- ☐ No aplica (voy a la escuela)

88/Refused
99/Unknown

*7. Si aún no había regresado a la escuela antes de su último cuestionario del estudio de investigación, pero está en la escuela ahora,* ¿Cuándo fue el primer día que regreso a la escuela desde su quemadura? (Por favor ponga su mejor respuesta si no sabe la fecha exacta): _____/_____/_____

8. ¿Cuántos años de educación ha completado?
Si no se ha graduado de la high school, por favor indique el número de años de escuela que ha completado en la escuela.
- ☐ 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; nosin diploma
- ☐ 12. Diploma de high school o equivalente (es decir, GED)
- ☐ 66. Otro

88/Refused
99/Unknown

9. ¿Actualmente está recibiendo ingresos por <u>discapacidad</u> tales como Seguro Social por Discapacidad o seguro privado por discapacidad a largo plazo? (Escoja todas las que apliquen)
- ☐ 1. No estoy recibiendo ingresos por discapacidad
- ☐ 2. Seguro Social por Discapacidad
- ☐ 3. Seguro privado por discapacidad a largo plaza
- ☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 5. Inmunización por accidente laboral
- ☐ 6. Otro _____
- ☐ 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

88/Refused

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

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

*Length of interview:* _____

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

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.