# BMS Pediatric Proxy 8-17 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:** | |
|---|---|
| **Who is filling out this questionnaire? (Select all that apply)**<br>☐ 1. Mother or stepmother<br>☐ 2. Father or stepfather<br>☐ 3. Guardian<br>☐ 4. Other | **Follow-up period**<br>☐ 1. 6-month follow-up<br>☐ 2. 12 month follow-up<br>☐ 3. 24 month follow-up<br>☐ 4. 5 year follow-up<br>☐ 5. 10 year follow-up<br>☐ 6. 15 year follow-up |
| **What is the method of administration of this form?**<br>☐ 2. Mail<br>☐ 5. Medical Record Review | **What is the language of administration of this form?**<br>☐ 1. English<br>☒ 2. Spanish |
| **What is the status of this follow-up assessment?**<br>☐ 1. Some or all assessment done<br>☐ 2. Death due to burn related complications (update date and cause of death on Patient Status Form)<br>☐ 3. Death due to non- burn related complications (update date and cause of death on Patient Status Form)<br>☐ 4. Unable to locate<br>☐ 5. Refused this assessment<br>☐ 6. Unable to test/med comp/incapable of responding<br>☐ 7. Failed to respond<br>☐ 8. Did not consent to future assessment/withdrew<br>☐ 11. Incarcerated<br>☐ 13. Still in hospital (not discharged yet)<br>☐ 14. Unable to travel for assessment<br>☐ 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:**<br>☐ 1. Homeless at previous data collection<br>☐ 2. International place of residence<br>☐ 3. Participant is child who was/is in CPS custody or foster care and no contact information is available<br>☐ 4. No known current contact info<br>☐ 5. Other reasons<br>☐ 6. Unable to contact due to Shriners Hospital regulations |
| | |

# Encuesta de seguimiento del Burn Model System: Introducción

¡Gracias por seguir siendo parte de este estudio! Queremos aprender cómo les va a los jóvenes después de una quemadura. Algunas preguntas son sobre la quemadura de hijo, y otras son su hijo y la gente a su alrededor. Quizás observe que algunas preguntas suenan 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. Algunas preguntas tienen instrucciones para ayudarle a contestarlas 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: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

¿Quién está llenando este cuestionario? (Seleccione todas las que apliquen)

- ☐ 1. Madre o madrastra
- ☐ 2. Padre o padrastro
- ☐ 3. Tutor
- ☐ 4. Otra persona

| **Sección 1** | |
|---|---|
| 1. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿su hijo ha conversado con otros sobrevivientes de quemaduras para recibir apoyo con problemas relacionados con su quemadura?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé | |
| 2. Que usted sepa, ¿su hijo ha tenido COVID-19 en el último año?<br><br>*O, desde su último cuestionario del estudio de investigación, si la quemadura de su hijo fue hace menos de un año*, ¿ha tenido su hijo COVID-19?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé | (*En caso afirmativo*), ¿En qué mes y año tuvo su hijo COVID-19? (si su hijo ha tenido COVID-19 más de una vez, proporcione el mes y año de su primera enfermedad)<br>Mes:_____<br>Año: _____<br><br>¿Qué nivel de atención recibió su hijo por COVID-19?<br>☐ 1. No buscó atención médica<br>☐ 2. Recibió atención médica pero no fue hospitalizado<br>☐ 3. Fue hospitalizado<br>En el hospital ... (*si corresponde*)<br>☐ 1. NO estaba conectado a un ventilador (máquina para respirar con tubo en la garganta)<br>☐ 2. Estaba conectado a un ventilador<br>☐ 3. No sé |

3. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿su hijo 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

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 su hijo no recibió ningún servicio O si no recibió terapia física/ocupacional, pase al #8 en la página 4**

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

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

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

5. 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, ¿su hijo ha tenido alguna cirugía relacionada a su quemadura (tales como cirugías para heridas abiertas o tratamiento de cicatrices)?<br>☐ 1. Sí →<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé | *(Si su hijo tuvo cirugías relacionadas con su quemadura)* ¿Ha tenido su hijo alguna cirugía relacionada a su quemadura fuera de este centro clínico?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé |

**Sección 2**

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

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

| Su hijo 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. Al respirar (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 su hijo algún otro problema médico? | ☐ Sí ☐ No | En caso afirmativo, especifique el problema: | | | | | | |

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

| Sección 4 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Las preguntas que siguen se refieren al aspecto físico de este niño.** | | | | | |
| | **Definitivamente cierto=1** | **Mayormente cierto=2** | **No está seguro (a)=3** | **Mayormente falso=4** | **Definitivamente falso=5** |
| 1. Este niño considera que la quemadura no es atractiva para los demás. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Este niño piensa que la gente no quiere tocarlo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Este niño se siente inseguro entre extraños. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Los cambios en el aspecto físico de este niño han interferido con sus relaciones. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 5** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Por favor responda a cada pregunta o afirmación marcando una casilla por línea. | | | | | |
| En los últimos 7 días… | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **Frecuen-temente** | **Casi siempre** |
| 1. Mí niño(a) se sintio enojado | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Mí niño(a) estaba tan enojado(a) que el/ella sentia que queria gritarle a alguien | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Mí niño(a) estaba tan enojado(a) que el/ella sentia que queria tirar algo | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Mi hijo se sintio molesto | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Cuando mi niño(a) se enojó(a), el/ella se quedo enojado(a) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 6** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea | | | | | |
| *Capacidad de funcionamiento fisico-Movilidad*<br>En los últimos 7 días... | **Sin dificultad** | **Con poca dificultad** | **Con alguna dificultad** | **Con mucha dificultad** | **No pudo hacerlo** |
| Mi niño/a pudo practicar los mismos deportes y ejercicios que otros niños de su edad podían hacer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a pudo levantarse del piso (suelo) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a pudo subir escaleras sin agarrarse a nada | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a ha tenido la capacidad física para hacer las actividades que más le gustan | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| *Ansiedad*<br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Mi niño/a sintió como si algo terrible pudiera pasar | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se sintió nervioso/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se sintió preocupado/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se preocupó cuando estaba en casa | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |

| *Síntomas de depresión*<br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
|---|---|---|---|---|---|
| Mi niño/a sintió que todo le salía mal en la vida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se sintió solo/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se sintió triste | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| A mi niño/a le fue difícil divertirse | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| *Agotamiento*<br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| El cansancio hizo que a mi niño/a le fuera difícil estar al día con las tareas escolares | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a se cansó fácilmente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a estuvo demasiado cansado/a para practicar deportes o hacer ejercicio | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a estuvo demasiado cansado/a para disfrutar de las cosas que le gusta hacer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| *Relaciones entre iguales*<br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Mi niño/a se sintió aceptado/a por otros niños de su edad | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a pudo contar con sus amigos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a y sus amigos se ayudaron mutuamente | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Otros niños quisieron ser amigos de mi niño/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | | | | | |
| *Efectos del dolor*<br>En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Mi niño/a tuvo dificultad para dormir cuando tenía dolor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| A mi niño/a le fue difícil prestar atención cuando tenía dolor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| A mi niño/a le fue difícil correr cuando tenía dolor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| A mi niño/a le fue difícil caminar una manzana (cuadra) cuando tenía dolor | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| *Intensidad del dolor*<br>En los últimos 7 días... | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En promedio, ¿cómo diría que es el dolor de su niño/a? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | 0<br>Ningún dolor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10<br>**El peor dolor imaginable** |

| **Sección 7** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Por favor responda a cada pregunta o afirmación marcando una casilla por línea. | | | | | |
| En los últimos 7 días… | **Sin ninguna dificultad** | **Con poca dificultad** | **Con algo de dificultad** | **Con mucha dificultad** | **No puede hacerlo** |
| Mi niño(a) pudo abotonar su camisa o pantalon. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo abrir un frasco por el/ella misma. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo abrir los anillos en carpetas de la escuela | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo verter una bebida de una jarra llena | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo levanter su camisa sobre su cabeza sin ayuda | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo abrir puertas pesadas | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo ponerse sus zapatos sin ayuda | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño(a) pudo utilizar una llave para abrir una puerta | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 8** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Indica hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo | | | | | |
| | **Completa-mente en desa-cuerdo** | **En desa-cuerdo** | **Ni de acuerdo ni en desa-cuerdo** | **De acuerdo** | **Completa-mente de acuerdo** |
| 1. Al niño (o la niña) le esta llendo bien en la vida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. La vida del niño (o de la niña) es justo como la quiere | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. El/la niño/a tiene una buena vida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. El/la niño/a tiene lo que desea en la vida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 9** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.** | | | | | | |
| **En los últimos 7 días…** | | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| A mi hijo le costó trabajo dormir cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi hijo se sintió enojado cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le costó trabajo a mi hijo poner atención cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Le costó trabajo a mi hijo divertirse cuando tenía picazón | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| | **No aplica** (No hace trabajo escolar) | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| A mi hijo le cuesta trabajo hacer tareas escolares cuando tiene picazón. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 10** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responda 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 su niño/a ha hecho tanto ejercicio o ha jugado tanto que su cuerpo se ha cansado? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Cuántos días su niño/a ha hecho ejercicio muy intenso durante 10 minutos o más? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Cuántos días su niño/a ha hecho tanto ejercicio que ha acabado respirando fuerte? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ¿Cuántos días su niño/a ha estado tan activo/a físicamente que ha sudado? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 11** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea. | | | | | |
| En los últimos 7 días... | **Nunca** | **Casi nunca** | **A veces** | **A menudo** | **Casi siempre** |
| Mi niño/a tuvo dificultad para quedarse dormido/a | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a durmió toda la noche | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a tuvo dificultad para dormir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a tuvo problemas para dormir | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

| **Sección 12** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.** | | | | | |
| En las últimas 4 semanas... | **Nunca** | **Rara vez** | **A veces** | **A menudo** | **Siempre** |
| Mi niño/a ha sentido una relación estrecha con nuestra familia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a ha sentido que realmente era importante para nuestra familia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi niño/a ha recibido toda la ayuda que necesitaba de nuestra familia | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Mi familia y mi niño/a se han divertido juntos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 13**

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

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

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

4. ¿Cuál es el código postal de su hijo ahora? _____
   ☐ No aplica (no vive en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)

5. ¿Con quién está viviendo su hijo 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

6. ¿Cuál es la situación escolar de su hijo ahora?
   ☐ 1. Va a la escuela
   ☐ 2. No va a la escuela →

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
   ☐ Otra razón
   ☐ No aplica (va a la escuela)

*7. Si su hijo aún no había regresado a la escuela antes de su último cuestionario del estudio de investigación, pero su hijo está en la escuela ahora,*
¿Cuándo fue el primer día que regreso su hijo 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 su hijo?
   ☐ 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)
   ☐ 66. Otra persona

| | |
|---|---|
| 9. ¿Actualmente su hijo está recibiendo ingresos por <u>discapacidad</u> tal como Seguro Social por Discapacidad o Seguro privado por discapacidad a largo plazo? (Escoja todas las que apliquen)<br><br>☐ 1. Mi hijo no está recibiendo ingresos por discapacidad<br>☐ 2. Seguro Social por Discapacidad<br>☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)<br>☐ 6. Otro _____<br>☐ 99. No sé | *Si su hijo esta recibiendo ingreso por discapacidad*, ¿está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión?<br>☐ 1. Sí, mi hijo está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión<br>☐ 2. No, mi hijo no está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión<br>☐ 77. No aplica (no recibe ingresos por discapacidad)<br>☐ 99. No sé |
| 10. ¿Actualmente su hijo tiene algún problema físico, tal como problemas para moverse (dificultad para mover las manos, las piernas o el cuerpo)?<br>☐ 1. Sí<br>☐ 2. No<br>☐ 99. No sé | |
| La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos. Apreciamos esta información porque a menudo los ingresos están relacionados con la salud. Por ejemplo, nos gustaría saber si las familias con ingresos bajos reportados tienen más problemas con el acceso a servicios de atención médica, como la atención dental o terapia física. Tener esta información nos ayuda a abogar por mejores programas que atienden personas con quemadura. | |
| 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)? (en dólares estadounidenses)<br>☐ 1. Menos de $25,000<br>☐ 2. $25,000-$49,999<br>☐ 3. $50,000-$99,999<br>☐ 4. $100,000-$149,999<br>☐ 5. $150,000-$199,999<br>☐ 6. $200,000 o más<br>☐ 7. No vivía en los Estados Unidos<br>☐ 77. No aplica (ej., vivía en una institución)<br>☐ 88. Prefiero no responder | |
| 12. ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ | |

13. ¿Actualmente quién es el principal patrocinador de la atención médica de su hijo? Es decir, ¿quién está pagando por la mayor parte de los costos de atención de la quemadura de su hijo? (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. Otra persona
- ☐ 11. Filantropía (ayuda privada o fundación privada o hospital Shriners)
- ☐ 77. No aplica (no hay gastos por la quemadura)
- ☐ 99. No sé

**Sección 14**

*Instrucciones*: ***Si*** *su hijo es* ***menor de 14 años, por favor pase la Sección 15, debajo***.
***Si*** *su hijo* ***tiene entre 14 y 17 años, por favor continúe con la Sección 14.***

**Actualmente:**

1. ¿Su hijo se hace cargo de su aseo personal cuando se le pide?
   - ☐ 1. Con frecuencia
   - ☐ 2. Algunas veces
   - ☐ 3. Nunca

¿Aproximadamente cuantas veces al mes usualmente participa su hijo 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 ocio tales como ir al cine, deportes, restaurantes.
   - ☐ 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 su hijo 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 amistades
   - ☐ 77. No aplica (no hace actividades de ocio)

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

| **Sección 15** |
| --- |
| ¿Cuánto tiempo le llevó completar esta encuesta? _____ |
| ¿Hay algo más que le gustaría decirnos?<br>_____<br>_____<br>_____<br><br>¡Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros! |