BMS Adult Mail Form I: 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.

Form I Administration:		
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	**Checklist of forms:** **Mark when each is complete** ☐ 1. Patient Status Form ☐ 2. Medical Record Abstraction Form ☐ 3. Form I

Encuesta del Sistema Modelo de Lesiones por Quemadura: Al dar de Alta del Hospital

Gracias por aceptar ser parte de este estudio. La meta del estudio es aprender los efectos de las quemaduras en las personas afectadas. Sus respuestas nos ayudaran a comprender las experiencias de las personas con quemaduras. Algunas preguntas se refieren a cómo era su vida antes de su quemadura, otras preguntas son acerca de su salud actual. Quizás note que algunas preguntas 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 contáctenos al:_____.

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

Sección 1	
Por favor, conteste cada pregunta en relación con su estado de salud <u>actual</u>: **¿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. Dolor de articulaciones?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
11. Intolerancia al frío?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
12. Dificultad en ambientes calientes?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Sección del historial antes de la lesión por su quemadura

Por favor, conteste estas preguntas sobre su situación antes de se quemadura. Sus respuestas nos ayudarán a comprender problemas relacionados con su quemadura. Más adelante, habrá algunas preguntas similares sobre su estado de salud después de la quemadura.

Sección 2

En las siguientes 4 frases usted puede estar de acuerdo o desacuerdo. Utilizando una escala donde el 1 representa que usted está muy en desacuerdo y el 7 representa que usted está muy de acuerdo. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo teniendo en cuenta que fue 4 semanas antes de su quemadura. 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 las 4 semanas antes de mi quemadura, en la mayoría de las formas mi vida era cercana a lo ideal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. En las 4 semanas antes de mi quemadura, las condiciones de mi vida eran excelentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En las 4 semanas antes de mi quemadura, yo estaba satisfecho con mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. En las 4 semanas antes de mi quemadura, ya había obtenido las cosas importantes que quería en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 3

Durante las 4 semanas antes de su quemadura:

1. ¿Quién se encargaba 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 durante las 4 semanas antes de su quemadura, participó usted en las siguientes actividades fuera de su hogar…

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
Durante las 4 semanas antes de su quemadura:
5. Cuando participaba en actividades de tiempo libre, ¿por lo general lo hacía solo o con otros? ☐ 1. La mayoría de las veces solo ☐ 3. La mayoría de las veces con miembros de la familia ☐ 4. La mayoría de las veces con amigos/as ☐ 5. En combinación con miembros de la familia y amigos/as ☐ 77. No aplica (no hizo actividades de tiempo libre)
6. ¿Tenía un mejor amigo en quien confiaba? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Sección 4					
Responda a cada frase marcando una casilla por línea.					
	Excelente	**Muy buena**	**Buena**	**Pasable**	**Mala**
En general, diría que su salud antes de la quemadura era ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, diría que su calidad de vida antes de la quemadura era ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud física antes de la quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluido su estado de ánimo y su capacidad para pensar, antes de su quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas antes de su quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, califique en qué medida podría realizar sus actividades sociales y funciones habituales antes de su quemadura. (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-menta	En su mayoría	Moderada-mente	Un poco	Para nada
En qué medida podría realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla antes de su quemadura?	☐	☐	☐	☐	☐
Durante las 4 semanas antes de su quemadura	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	☐	☐	☐	☐	☐
Durante las 4 semanas antes de su quemadura	**Ninguno**	**Leve**	**Moderado**	**Intenso**	**Muy intenso**
En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	☐	☐	☐	☐	☐

En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún dolor										**El peor dolor imaginable**

Sección 5
1. ¿En **el mes antes de su quemadura** tomaba con regularidad medicamentos recetados para el dolor? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
2. ¿Recibió usted terapia psicológica o consejería en **los últimos 12 meses**? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 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.
3. **En los últimos 12 meses**, ¿tomó usted medicamentos por estar preocupado, tenso o ansioso? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
4. **En los últimos 12 meses**, ¿ tomó usted medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

Sección 6

1. Antes de su quemadura, ¿dónde estaba viviendo? (Escoja solo una respuesta)
   - ☐ 1. Residencia privada
   - ☐ 2. Casa de convalecencia
   - ☐ 3. Casa para adultos
   - ☐ 4. Institución correccional
   - ☐ 5. Hotel/motel
   - ☐ 6. Sin hogar
   - ☐ 7. Hospital

2. ¿Cuál era su código postal en el momento de su quemadura? __ __ __ __ __
   - ☐ No aplica (no vivía en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)

3. ¿Con quién estaba usted viviendo antes de su quemadura? (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
   - ☐ 8. Hijos pequeños
   - ☐ 9. Hijos adultos
   - ☐ 99. No sé

4. ¿Cuál era su estado civil en el momento de su quemadura? (Escoja solo una)
   - ☐ 1. Casado; viviendo con pareja
   - ☐ 2. Separado
   - ☐ 3. Divorciado
   - ☐ 4. Viudo
   - ☐ 5. Soltero (sin casar)

5. ¿Cuál era su situación de empleo en el momento de su quemadura? (Escoja solo una)
   - ☐ 1. Estaba trabajando →
   - ☐ 2. No estaba trabajando (estaba buscando trabajo)
   - ☐ 3. No estaba trabajando (no estaba buscando trabajo)
   - ☐ 4. Ama/o de casa/cuidador
   - ☐ 5. Voluntario
   - ☐ 6. Jubilado

(*Si estaba trabajando*) Antes de su quemadura, ¿aproximadamente cuántas horas a la semana trabajaba por paga?

_____
(*Escriba las horas*)

6. En el año antes de su quemadura, ¿cuántos meses trabajó por paga? _____ (*Indique cuántos meses)*
   - ☐ 99. No sé
   - ☐ 0. Menos de 1 mes
   - ☐ 77. No aplica (no trabajó el año pasado)

7. Antes de su quemadura (*o* la última vez que trabajó, *si la respuesta de arriba fue menos de 1 mes*), ¿cuál fue su ocupación principal?

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

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 con ingresos bajos reportados 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 quemadura.

8. ¿Aproximadamente cuáles eran los ingresos anuales totales de su familia en el último año completo antes de su quemadura (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

6. ¿Cuántas personas hay en su hogar (incluyendo usted)? _____

10. ¿Aproximadamente cuántos fueron sus propios ingresos en el último año completo antes de su quemadura? (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 ingresos propios)
- ☐ 88. Prefiero no responder

11. ¿ Asistía a la escuela cuando sufrió su quemadura?
- ☐ 1. Iba a la escuela
- ☐ 2. No iba a la escuela

Si no estaba trabajando o asistiendo a la escuela cuando sufrió la quemadura, ¿cuál era la razón?
- ☐ No aplica (trabajaba o asistía a la escuela)
- ☐ Problemas médicos
- ☐ Problemas con su patrón
- ☐ Razones emocionales/sociales
- ☐ Razones judiciales/cárcel
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Decisión personal
- ☐ Otra razón
- ☐ Jubilado
- ☐ Ama de casa/cuidador
- ☐ Sin empleo pero buscando empleo
- ☐ No sé

12. Antes de la quemadura, ¿tenía usted problemas físicos, tales como problemas de movilidad (dificultad para mover los brazos, piernas o cuerpo)?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

13. Antes de su quemadura, ¿alguna vez le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas psicológicos? (Escoja todas las que apliquen)
- ☐ 0. No/Ningún problema psicológico
- ☐ 1. Depresión
- ☐ 2. Trastorno bipolar
- ☐ 3. Ansiedad
- ☐ 4. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- ☐ 5. Esquizofrenia/trastorno psicótico
- ☐ 6. Otro (por favor, explique): _____
- ☐ 99. No sé

Sección 7

Esta sección pregunta sobre el consumo de alcohol durante el último año.

Si no bebió alcohol en el último año, **marque esta casilla** ☐ y luego pase a la Sección 8 a continuación.

En el último año…

1. ¿Ha pensado que necesita reducir la cantidad de sus bebidas alcohólicas?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Se ha molestado porque lo han 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 8		
Esta sección pregunta sobre el consumo de drogas durante el último año. Si no consumió drogas en el último año, **marque esta casilla** ☐ y luego pase a la Sección 9 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 analgésicos para el dolor o estimulantes que no se le recetaron a usted; o productos químicos que pudiera haber inhalado. También queremos saber si a veces tomó más de la dosis recetada de cualquier medicamento.		
En el último año…		
1. ¿Ha pensado que necesita disminuir la cantidad de drogas que consume?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Se ha molestado porque lo han 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 del historial después de la lesión por quemadura

Todas las preguntas que acaba de contestar eran sobre antes de su quemadura. Ahora hay algunas preguntas similares, pero se refieren a su estado después de su quemadura. Como un recordatorio, algunas de estas preguntas pueden parecer repetitivas pero es parte del proceso de investigación. Gracias por su paciencia

Sección 9											
En los últimos 7 días, o desde su quemadura en caso de que usted se haya lesionado hace menos de 7 días:											
En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún dolor										**El peor dolor imaginable**

Sección 10					
Responda a cada pregunta marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 7 días ...	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchí-simo**
¿Cuánta dificultad tuvo para entender información nueva debido al dolor?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor interfirió en su capacidad para disfrutar de la vida?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor le dificultó dormirse?	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
¿Con qué frecuencia se sintió afligido/a por el dolor?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Con qué frecuencia el dolor fue tan agudo que no pudo pensar en nada más?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Con qué frecuencia el dolor le hizo sentirse ansioso/a?	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 11

En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 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 ha tenido picazón en los últimos 7 días, o desde la quemadura si se quemó hace menos de 7 días,* ***pase a la Sección 12 en la página 12****.* *Si tuvo picazón en los últimos 7 días, o desde su quemadura si se quemó hace menos de 7 días,* ***continúe con el resto de la Sección 11, a continuación****.*

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

En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 7 días ...	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
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, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 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 12

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?
   - ☐ 1. Sí, de origen hispano, latino o español
   - ☐ 2. No, no de origen hispano, latino ni español
   - ☐ 88. Prefiero no responder
2. ¿Cuál es su raza?
   - ☐ 1. Negra o afro-americana
   - ☐ 2. Asiática
   - ☐ 3. Blanca
   - ☐ 4. Indígena de Norteamérica/nativo de Alaska
   - ☐ 5. Nativo de Hawái o de las Islas del Pacifico
   - ☐ 6. Más de una raza (por favor, especifique):_____
   - ☐ 7. Alguna otra raza (por favor, especifique):_____
   - ☐ 88. Prefiero no responder

Sección 13

Esta es la última sección de la encuesta.

1. Después de su alta del hospital, ¿dónde vive/vivirá? (Escoja solo una respuesta)
   - ☐ 1. Residencia privada
   - ☐ 2. Casa de convalecencia
   - ☐ 3. Casa para adultos
   - ☐ 4. Institución correccional
   - ☐ 5. Hotel/motel
   - ☐ 6. Sin hogar
   - ☐ 7. Hospital
   - ☐ 99. No sé

2. ¿Con quién estará viviendo después de haber sido dado de alta del hospital? (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
- ☐ 8. Hijos pequeños
- ☐ 9. Hijos adultos
- ☐ 99. No sé

3. ¿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

4. ¿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 _____
- ☐ 99. No sé

5. ¿Alguna vez sirvió en el ejército?

- ☐ 1. No
- ☐ 2. Sí

¿Cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta? _____

Hay algo más que le gustaría decirnos?_____
_____
_____

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.