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) ☐ 1. Mother or stepmother ☐ 2. Father or stepfather ☐ 3. Guardian ☐ 4. Other	**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

¡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 su hijo/a, y otras son sobre su hijo/a y la gente a su alrededor. 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. 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/a ha conversado con otros sobrevivientes de quemaduras para recibir apoyo con dificultades relacionados con su quemadura?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

2. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿su hijo/a ha recibido alguno de los siguientes servicios en su casa o como paciente externo por su quemadura? (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/a no recibió ningún servicio O si no recibió terapia física/ocupacional, pase al #7 en la página 3

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

- ☐ 1. Una
- ☐ 2. De 2 a 4
- ☐ 3. De 5 a 10
- ☐ 4. Mas de 10
- ☐ 77. No aplica (Ningún servicio) → *pase al #7* ***en la página 4***
- ☐ 99. No sé

88/Refused

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

4. Centro de quemados?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

5. ¿En otro lugar?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

6. ¿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

7. 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)?
- ☐ 1. Sí →
- ☐ 2. No
- ☐ 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?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 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/a 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/a toma con regularidad medicamentos recetados para el dolor? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
2. ¿**Actualmente** su hijo/a toma con regularidad medicamentos recetados para la comezón o picazón? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
3. Desde **su último cuestionario del estudio de investigación**, su hijo/a ha recibido terapia psicológica o consejería a raíz de su quemadura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
4. En los **últimos 12 meses**, ¿su hijo/a tomó medicamentos por estar preocupado/a, tenso/a o ansioso/a? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
5. En los **últimos 12 meses**, ¿su hijo/a tomó medicamentos por estar triste, sentirse vacío/a o deprimido/a? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 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					
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 6						
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 applica (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 7					
Por favor responda a cada pregunta o afirmación marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**Frecuente mente**	**Casi siempre**
1. Mí niño(a) se sintió enojado	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mí niño(a) estaba tan enojado(a) que él/ella sentía que quería gritarle a alguien	☐	☐	☐	☐	☐
3. Mí niño(a) estaba tan enojado(a) que él/ella sentia que quería tirar algo	☐	☐	☐	☐	☐

En los últimos 7 días…	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
4. Mi hijo se sintió molesto	☐	☐	☐	☐	☐
5. Cuando mi niño(a) se enojó(a), él/ella se quedó enojado(a)	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 8					
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea					
Ansiedad **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 **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 **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 **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 **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 **En los últimos 7 días...**											
En promedio, ¿cómo diría que es el dolor de su niño/a?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún dolor										**El peor dolor imaginable**

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**
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 10					
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea					
Capacidad de funcionamiento físico-Movilidad **En los últimos 7 días...**	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No puedo 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	☐	☐	☐	☐	☐

Capacidad de funcionamiento físico-Movilidad **En los últimos 7 días...**	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No puedo hacerlo**
Mi niño/a ha tenido la capacidad física para hacer las actividades que más le gustan	☐	☐	☐	☐	☐
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 pantalón.	☐	☐	☐	☐	☐
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 11					
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 12					
Indica hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo					
	Comple-tamente 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 13

1. ¿Cuál es el peso de su hijo/a actualmente? (libras)_____ ☐ No sé

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

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

4. Actualmente, ¿cuál es el código postal de su hijo/a ? _____
   ☐ No aplica (no vive en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)

5. ¿Con quién está viviendo su hijo/a 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 legal/guardián legal

6. ¿Cuál es la situación escolar de su hijo/a 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/a no había regresado a la escuela cuando completó su último cuestionario del estudio de investigación, pero ahora está en la escuela, ¿Cuándo fue el primer día que regreso su hijo/a 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/a? ☐ 0. Pre-escolar completado ☐ 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	
9. ¿Actualmente, su hijo/a está recibiendo ingresos por <u>Discapacidad/incapacidad tales como</u> del Seguro por Incapacidad del Seguro Social, o de un seguro privado por largo plazo? (*Escoja todas las que apliquen*) ☐ 1. Mi hijo/a no está recibiendo ingresos por discapacidad ☐ 2. Seguro por Incapacidad del Seguro Social (SSDI) Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) ☐ 6. Otro _____ ☐ 99. No sé	*Si su hijo/a esta recibiendo ingresos por discapacidad*, ¿está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión? ☐ 1. Sí, mi hijo/a está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión ☐ 2. No, mi hijo/a no está recibiendo ingresos por discapacidad debido a su lesión ☐ 77. No aplica (no recibe ingresos por discapacidad) ☐ 99. No sé (SSI)

10. ¿Actualmente, su hijo/a tiene algún problema físico, tal como problemas para moverse (dificultad para mover los brazos, las piernas o el cuerpo)?

88/Refused
99/Unknown

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

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 personas con quemaduras.

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

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

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

13. ¿Actualmente quién es el principal patrocinador de la atención médica de su hijo/a? Es decir, ¿quién está pagando por la mayor parte de los costos de atención de la quemadura de su hijo/a? (Escoja solo una respuesta)

- ☐ 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, abajo****.* ***Si*** *su hijo* ***tiene entre 14 y 17 años, por favor continúe con la Sección 14.***
Actualmente:
1. ¿Su hijo/a se hace cargo de su cuidado personal cuando se le pide? ☐ 1. Con frecuencia ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Nunca
¿Aproximadamente cuantas veces al mes usualmente participa su hijo/a 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 su hijo/a participa en actividades de tiempo libren, ¿por lo general lo hace solo o con otros? ☐ 1. La mayoría de las veces solo/a ☐ 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 ☐ 77. No aplica (no hizo actividades de tiempo libre)
6. ¿Su hijo/a tiene un mejor amigo/a 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? _____ _____ _____ ¡Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros!