BMS Pediatric Self Report 14-17 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. El objetivo de este estudio es aprender acerca de cómo les va a los jóvenes después de una quemadura. Tus respuestas nos ayudarán a comprender las experiencias de todas las personas con quemaduras y agradezco tu deseo de compartir esas experiencias. Algunas preguntas son sobre cómo eran las cosas antes de tu quemadura y otras son sobre tu salud actual. Quizás notes que algunas preguntas son similares y te parezcan repetitivas. Esto no es un error y es parte del proceso de investigación. Toda tu información se mantendrá confidencial. Si no estás seguro(a) de cómo contestar una pregunta, por favor da la respuesta que te parezca más correcta. Puedes decidir no responder a cualquier pregunta que no quieras contestar o que te parezca incómoda.

Por favor conteste todas las preguntas con la mayor precisión posible. Si tiene alguna pregunta, por favor, llámenos al:_____.

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

Sección 1

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 Para nada	*2 Muy poco*	*3 Poco*	*4 Moderada-mente*	*5 Bastante*	*6 Exagerada-mente*	*7 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. De respiración (ej; asma)?	☐ Sí	☐ No	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Tiene problemas…	¿Problema?	1	2	3	4	5	6	7
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 del historial antes de la lesión por quemadura

La siguiente sección de preguntas es sobre tu vida y situación antes de tu quemadura. Tus respuestas nos ayudarán a comprender problemas relacionados con tu quemadura. Más adelante en la entrevista, se te harán también preguntas similares sobre cómo te encuentras después de tu quemadura.

Sección 2					
Indique que tanto está de acuerdo o desacuerdo…					
En las cuatro semanas antes de mi quemadura…	**Completa-mente en desacuerdo**	**Des-acuerdo**	**Ni de acuerdo o desacuerdo**	**De acuerdo**	**Completa-mente de acuerdo**
1. Mi vida iba bien.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi vida era justo lo que quería.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tenía una buena vida.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tenía lo que quería en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 3
Durante las 4 semanas antes de su quemadura:
1. ¿Te hiciste responsable por tu cuidado personal cuando te lo pedían? ☐ 1. Con frecuencia ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Nunca
¿Aproximadamente cuántas veces durante las 4 semanas antes de tu quemadura, participaste en las siguientes actividades fuera de tu 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 tu quemadura:
5. Cuando participabas en actividades de tiempo libre ¿por lo general lo hacías solo(a) o con otros? ☐ 1. La mayoría de las veces solo/a ☐ 3. La mayoría de las veces con miembros de la familia ☐ 4. La mayoría de las veces con amistades ☐ 5. En combinación con miembros de la familia y amigos/as ☐ 77. No aplica (no hizo actividades de tiempo libre)
6. ¿Tenías un mejor amigo/a en quien confiabas? ☐ 1. Sí ☐ 2. No

Sección 4
1. ¿En **el mes antes de tu quemadura** tomabas con regularidad medicamentos recetados para el dolor? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
2. ¿Recibiste terapia o psicológica o consejería **en los últimos 12 meses**? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

3. **En los últimos 12 meses**, ¿tomaste medicamentos por estar preocupado/a, tenso/a o ansioso/a? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
4. **En los últimos 12 meses**, ¿tomaste medicamentos por estar triste, sentirte vacío/a o deprimido/a? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

Sección 5											
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**

¿Cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta?_____

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

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.