BMS Pediatric Self Report 14-17 Form I: 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 version of this 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. 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.

Form I Administration Information:		
What is the method of administration of this form? ☐ 1. In person interview ☐ 3. Telephone interview ☐ 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

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):

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 la 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. Simplemente di, "paso". Por favor dime en cualquier momento si tienes alguna pregunta."

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

Today's date: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

Time interview started: _____

"Sigamos adelante y empecemos

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section.

Section 1: Child Health Conditions

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 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 convulsiones 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Con áreas abiertas crónicas (ej; heridas abiertas crónicas)?	☐ Sí	☐ No	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Con otros problemas de la piel (ej; eczema)?	☐ Sí	☐ No	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Con el corazón (tales como un defecto de nacimiento)?	☐ Sí	☐ No	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Tiene problemas…	Problema?	1	2	3	4	5	6	7
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."

Section 2: NIH Toolbox General Life Satisfaction Pre-Injury

Interviewer instructions: Write in 88 for refused or 99 for unknown for this section

Indique que tanto está de acuerdo o desacuerdo…

En las cuatro semanas antes de mi quemadura…	**Completa-mente en desacuerdo**	**Desacuerdo**	**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.	☐	☐	☐	☐	☐

Section 3: Community Integration Questionnaire (CIQ)

Durante las 4 semanas antes de tu quemadura:

1. ¿Te hiciste responsable por tu cuidado personal cuando te lo pedían?
   - ☐ 1. Con frecuencia
   - ☐ 2. Algunas veces
   - ☐ 3. Nunca

88/Refused
99/Unknown

¿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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

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)

88/Refused
99/Unknown

6. ¿Tenías un mejor amigo/a en quien confiabas?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

88/Refused
99/Unknown

Section 4: Pre-Injury Pain Medication

1. ¿En **el mes antes de tu quemadura** tomabas con regularidad medicamentos recetados para el dolor?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

2. ¿Recibiste terapia o psicológica o consejería **en los últimos 12 meses**?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

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

88/Refused

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

88/Refused

Section 5: Pain Intensity											
En los últimos 7 días, o desde tu quemadura en caso de que te hayas lesionado hace menos de 7 días:											
En promedio, ¿cómo calificarías tu dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún dolor										**El peor dolor imaginable**

Time interview ended: _____

Length of interview: _____

"¿Hay algo más que te gustaría decirnos?_____
_____
_____
_____
_____
¡Muchas gracias por compartir tus experiencias con nosotros!"