# 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:** | | |
|---|---|---|
| **What is the method of administration of this form?**<br>☐ 1. In person interview<br>☐ 3. Telephone interview<br>☐ 5. Medical Record Review | **What is the language of administration of this form?**<br>☐ 1. English<br>☒ 2. Spanish | **Checklist of forms:**<br>**Mark when each is complete**<br>☐ 1. Patient Status Form<br>☐ 2. Medical Record Abstraction Form<br>☐ 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 cómo les va a los jóvenes después de una quemadura. Sus respuestas nos ayudarán a comprender las experiencias de todas las personas que sufren quemaduras. Algunas preguntas son sobre cómo eran las cosas antes de su quemadura, y otras son sobre su salud actual. Quizás observe que algunas preguntas son similares y parecen ser repetitivas. Esto no es un error y es parte del proceso de investigación. Toda la 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. Solo diga, "paso". Vamos a comenzar con la encuesta. Por favor hágame saber si tiene alguna pregunta en cualquier momento."

# Encuesta de Alta Hospitalaria del Burn Model System: Introducción

Fecha: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

"Nosotros vamos a seguir adelante y empezar."

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

**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* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| *Para nada* | *Muy poco* | *Poco* | *Moderada-mente* | *Bastante* | *Exagerada-mente* | *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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Con áreas abiertas crónicas (ej; heridas 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 de historial antes de la lesión

"Por favor, conteste estas preguntas sobre su situación antes de la lesión. Sus respuestas nos ayudarán a comprender problemas relacionados a la lesión."

**Sección 2**

*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. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Sección 3**

**Durante las 4 semanas antes de su quemadura:**

1. ¿ Se hizo responsable por su aseo personal cuando se le pedía?
   - ☐ 1. Con frecuencia
   - ☐ 2. Algunas veces
   - ☐ 3. Nunca

88/Refused
99/Unknown

**¿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

88/Refused
99/Unknown

3. Actividades de ocio tales como ir al cine, deportes, restaurantes.
   - ☐ 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 su quemadura**

5. Cuando participaba en actividades de ocio, ¿por lo genral 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 amistades
- ☐ 5. En combinación con miembros de la familia y amistades
- ☐ 77. No aplica (no hacía actividades de ocio)

88/Refused
99/Unknown

6. ¿Tenía un mejor amigo en quien confiaba?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No

88/Refused
99/Unknown

**Sección 4**

1. ¿En **el mes antes de su quemadura** tomaba medicamentos de venta con receta para el dolor con regularidad?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

**En los últimos 12 meses,**

2. En los últimos 12 meses, ¿usted tomó medicamentos por estar preocupado, tenso o ansioso?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

3. En los últimos 12 meses, ¿usted tomó medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

4. ¿Recibió usted terapia psicológica o asesoramiento en los últimos 12 meses?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

**Sección 5**

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

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused
99/Unknown

3. ¿Con quién estaba usted viviendo antes de su quemadura? (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

88/Refused
99/Unknown

4. ¿Estaba inscrito en la escuela en el momento de su quemadura?
- ☐ 1. Sí, iba a la escuela
- ☐ 2. No iba a la escuela

88/Refused
99/Unknown

*Si no estaba inscrito en la escuela en el momento de su quemadura*, ¿por qué no?
- ☐ Problemas médicos
- ☐ Razones emocionales/sociales
- ☐ Razones judiciales/cárcel
- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Decisión personal
- ☐ Otra razón
- ☐ No aplica (voy a la escuela)

88/Refused
99/Unknown

5. ¿Está adelantado, al mismo nivel, o atrasado del grado escolar que debería estar para su edad?
- ☐ 1. Estoy adelantado del grado escolar que le corresponde
- ☐ 2. En el grado escolar que le corresponde
- ☐ 3. Atrasado del grado escolar que le corresponde
- ☐ 77. No aplica
- ☐ 99. No sé

88/Refused

6. En la escuela, ¿alguna vez ha sido clasificado como estudiante de educación especial?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

88/Refused

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

88/Refused

8. 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

88/Refused

## Sección de historial después de la lesión

Todas las preguntas que acaba de contestar son sobre el tiempo antes de su quemadura. Ahora hay algunas preguntas sobre usted y su quemadura. Le recordamos que algunas de estas preguntas pueden parecer repetitivas, pero es parte del proceso de investigación. Gracias por su paciencia.

**Sección 6**

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** |

88/Refused
99/Unknown

**Sección 7**

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español?
   - ☐ 1. Sí, de origen hispano, latino o español
   - ☐ 2. No, no de origen hispano, latino o español
   - ☐ 88. Prefiero no responder

99/Unknown

2. ¿Cuál es su raza?
   - ☐ 1. Negra o afro-americana
   - ☐ 2. Asiática
   - ☐ 3. Blanca
   - ☐ 4. Indígena de Norteamérica/nativo de Alaska
   - ☐ 5. Nativo de Hawai 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

99/Unknown

**Sección 8**

Esta es la última sección de la encuesta.

1. Después de su alta del hospital, ¿dónde vive/vivirá? (Escoja solo una)
   - ☐ 1. Residencia privada
   - ☐ 2. Casa de convalecencia
   - ☐ 4. Institución correccional
   - ☐ 5. Hotel/motel
   - ☐ 6. Sin hogar
   - ☐ 7. Hospital

88/Refused
99/Unknown

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

88/Refused

3. ¿Cuántos años de educación ha completado?
(Si no se ha graduado de high school, indique el número de años de escuela que ha completado. 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?)

- ☐ 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

88/Refused
99/Unknown

4. ¿Actualmente está recibiendo ingresos por <u>discapacidad</u> tales como Seguro Social por Discapacidad o seguro privado por discapacidad a largo plazo? (Escoja todas las que apliquen)

- ☐ 1. No estoy recibiendo ingresos por discapacidad
- ☐ 2. Seguro Social por Discapacidad
- ☐ 3. Seguro privado por discapacidad a largo plazo
- ☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 5. Inmunización por accidente laboral
- ☐ 6. Otro _____
- ☐ 99. No sé

88/Refused

*Length of interview*: _____

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