BMS Pediatric Self Report 13-17 Mail Form II: Research Staff 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:

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 su quemadura y otras son sobre usted y las personas que lo rodean. Quizás observe que algunas preguntas podrían parecer similares. Esto no es un error y es parte del proceso de investigación. Toda su 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. 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, llámenos al:_____.

Su último cuestionario del estudio de investigación fue completado el ____/____/____.

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

Sección 1	
1. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha hablado con otros sobrevivientes de quemaduras para recibir apoyo sobre problemas relacionados con su quemadura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé	
2. Que usted sepa, ¿ha tenido COVID-19 en el último año? *O, desde su último cuestionario del estudio de investigación, si su quemadura fue hace menos de un año,* ¿ha tenido COVID-19? ☐ 1. Sí → ☐ 2. No ☐ 99. No sé	(*En caso afirmativo*), ¿en qué mes y año tuvo COVID-19? (si ha tenido COVID-19 más de una vez, proporcione el mes y año de su primera enfermedad) Mes:_____ Año: _____ ¿Qué nivel de atención recibió por COVID-19? ☐ 1. No buscó atención médica ☐ 2. Recibió atención médica pero no fue hospitalizado ☐ 3. Fue hospitalizado En el hospital ... (*si corresponde*) ☐ 1. NO estaba conectado a un ventilador (máquina para respirar con tubo en la garganta) ☐ 2. Estaba conectado a un ventilador ☐ 3. No sé

3. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha recibido alguno de los siguientes servicios en su casa o como paciente externo? *(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 para ajustarse al entorno escolar después de una lesión.
Algunos ejemplos de terapia física incluyen amplitud de movimiento y ejercicios para caminar.

Si no recibió ningún servicio O si no recibió terapia física/ocupacional, pase al número 8 en la página 4

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

- ☐ 1. Una
- ☐ 2. 2 a 4
- ☐ 3. 5 a 10
- ☐ 4. Más de 10
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física) ⟶ pase al #8 en la página 4
- ☐ 99. No sé

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

5. ¿En el centro de quemados?
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

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

7. ¿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

8. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha tenido alguna cirugía relacionada a sus quemaduras (tales como cirugías para heridas abiertas o tratamiento de cicatrices)? ☐ 1. Sí → ☐ 2. No ☐ 99. No sé	(*Si tuvo cirugías relacionadas con su quemadura)* ¿Ha tenido alguna cirugía relacionada con 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 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 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 3
1. ¿**Actualmente** toma medicamentos de venta con receta para el dolor con regularidad? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
2. **¿Actualmente** toma medicamentos de venta con receta para la picazón con regularidad? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
3. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó medicamentos por estar preocupado, tenso o ansioso? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
4. En los **últimos 12 meses**, ¿tomó medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
5. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha recibido terapia psicológica o asesoramiento a raíz de su quemadura? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

Sección 4					
Las preguntas que siguen se refieren a su apariencia.					
	Definitivamente cierto=1	**Mayormente cierto=2**	**No estoy seguro (a)=3**	**Mayormente falso=4**	**Definitivamente falso=5**
1. Considero que la quemadura no es atractiva para los demás.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pienso que la gente no quiere tocarme.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me siento inseguro entre extraños.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Los cambios en mi apariencia han interferido con mis relaciones.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 5				
Es una lista de problemas que los niños(as) de vez en cuando tienen después que les ha pasado algo espantoso como de lo que hemos estado hablando. Marca la caja que mejor describe cuantas veces, estos problemas te han preocupado en las ULTIMAS DOS SEMANAS.				
	Nunca	**De vez en cuando**	**La mitad del tiempo**	**Casi siempre**
1. Has tenido pensamientos o imagenes molestos sobre el trauma aunque tu no querias pensar en eso.	☐	☐	☐	☐
2. Has tenido sueños malos o pesadillas.	☐	☐	☐	☐
3. Has actuado o has sentido como si el trauma estuviera pasando de nuevo (has escuchado algo o visto algo que te recuerda del trauma y te has sentido como si el trauma estuviera pasando otra vez).	☐	☐	☐	☐
4. Te has sentido mal cuando piensas o escuchas algo sobre el trauma (por ejemplo: sintiéndote asustado(a), enojado(a), triste o culpable).	☐	☐	☐	☐
5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas algo acerca del trauma (por ejemplo: sudando de repente, el corazón palpitando rápido).	☐	☐	☐	☐
6. Has tratado de no pensar, hablar, o de tener sentimientos acerca del trauma.	☐	☐	☐	☐
7. Has tratado de evitar actividades, personas, o lugares que te hacen recordar el evento traumático (por ejemplo, no querer jugar afuera o ir a la escuela).	☐	☐	☐	☐
8. Has tenido dificultad en recordar una parte importante del trauma.	☐	☐	☐	☐
9. Has tenido mucho menos intéres o no has hecho las cosas que acostumbrabas hacer.	☐	☐	☐	☐
10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que están a tu alrededor.	☐	☐	☐	☐
11. Has tenido dificultad en tener sentimientos fuertes (por ejemplo, no poder llorar o sentirte muy feliz).	☐	☐	☐	☐

Marca la caja que mejor describe cuantas veces, estos problemas te han preocupado en las ULTIMAS DOS SEMANAS.	**Nunca**	**De vez en cuando**	**La mitad del tiempo**	**Casi siempre**
12. Has sentido como si tus planes del futuro o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no te graduarás de la escuela, no tendrás un trabajo, o no te casarás o no tendrás hijos(as)).	☐	☐	☐	☐
13. Has tenido dificultad en quedarte o mantenerte dormido(a).	☐	☐	☐	☐
14. Te has sentido irritable o has tenido momentos de enojo.	☐	☐	☐	☐
15. Has tenido dificultad en concentrarte (por ejemplo, se te olvida de lo que se trata algun programa de la televisión, olvidandote de lo que leiste, o no prestando atención en la clase).	☐	☐	☐	☐
16. Has estado demasiado cuidadoso(a) y atento(a), (por ejemplo, cuando alguien camina detrás de tí).	☐	☐	☐	☐
17. Te has asustado o te has sorprendido facilmente.	☐	☐	☐	☐

Sección 6					
Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
1. Me sentí harto/a.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Me sentí enojado/a.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Me sentí molesto/a.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Estuve tan enojado/a que tuve ganas de arrojar algo.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Estuve tan enojado/a que tuve ganas de gritarle a alguien.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 7					
Responde a cada enunciado marcando una casilla por línea.					
Capacidad de funcionamiento físico En los últimos 7 días...	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No pude hacerlo**
Pude practicar los mismos deportes y ejercicios qu hacían otros niños/as de mi edad.	☐	☐	☐	☐	☐
Pude levantarme del piso (suelo).	☐	☐	☐	☐	☐
Pude subir escaleras sin agarrarme a nada.	☐	☐	☐	☐	☐
He podido hacer físicamente las actividades que más me gustan.	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Sentí que pasaría algo terrible.	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí nervioso/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí preocupado/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Me preocupé cuando estaba en casa.	☐	☐	☐	☐	☐
Síntomas de depresión En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Sentí que todo me salía mal en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí solo/a.	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí triste.	☐	☐	☐	☐	☐
Me resultó difícil divertirme.	☐	☐	☐	☐	☐
Agotamiento En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
El cansancio hizo que fuera difícil para mí estar al día con las tareas escolares.	☐	☐	☐	☐	☐
Me cansé fácilmente.	☐	☐	☐	☐	☐
Estuve demasiado cansado/a para practicar deportes o hacer ejercicio.	☐	☐	☐	☐	☐
Estuve demasiado cansado/a para disfrutar de las cosas que me gusta hacer.	☐	☐	☐	☐	☐

Relaciones entre iguales En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Me sentí aceptado/a por los otros niños/as de mi edad.	☐	☐	☐	☐	☐
Pude contar con mis amigos/as.	☐	☐	☐	☐	☐
Mis amigos/as y yo nos ayudamos.	☐	☐	☐	☐	☐
Otros niños/as quisieron ser mis amigos/as.	☐	☐	☐	☐	☐

Efectos del dolor En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Tuve problemas para dormir cuando sentí dolor.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando tuve dolor, me fue difícil prestar atención.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando tuve dolor, me fue difícil correr.	☐	☐	☐	☐	☐
Cuando tuve dolor, me fue difícil caminar una manzana (cuadra).	☐	☐	☐	☐	☐

Intensidad del dolor En los últimos 7 días...											
En promedio, ¿cómo dirías que es tu dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún pain										**El peor dolor que te puedes imaginar**

Sección 8					
Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo					
	Completa-mente en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**De acuerdo**	**Completa-mente de acuerdo**
1. Me está llendo bien en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mi vida es justo como la quiero.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tengo una buena vida.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tengo lo que deseo en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 9
Actualmente:
1. ¿Usted se hace responsable por su aseo personal cuando se le pide? ☐ 1. Con frecuencia ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Nunca
¿Aproximadamente cuántas veces al mes participa usted 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 ocio tales como ir al cine, deportes, restaurantes. ☐ 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 participa en actividades de ocio, ¿por lo general lo hace solo o con otros? ☐ 1. La mayoría de las veces solo ☐ 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 amistades ☐ 77. No aplica (no hago actividades de ocio)
6. ¿Tiene un mejor amigo en quien confía? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

Sección 10						
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.						
En los últimos 7 días…		**Nunca**	**Casi Nunca**	**A veces**	**Frecuente mente**	**Casi Siempre**
Me costó trabajo dormir cuando tenía picazón		☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí enojado cuando tenía picazón		☐	☐	☐	☐	☐
Fue difícil para mí prestar atención cuando tenía picazón		☐	☐	☐	☐	☐
Fue difícil para mí divertirme cuando tenía picazón		☐	☐	☐	☐	☐
	No aplica (no hago trabajo escolar)	**Nunca**	**Casi Nunca**	**A veces**	**Frecuent-emente**	**Casi Siempre**
Me costó trabajo hacer las tareas escolares cuando tenía comezón	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 11					
Responde 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 has hecho tanto ejercicio o has jugado tanto que tu cuerpo se ha cansado?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuántos días has hecho ejercicio muy intenso durante 10 minutos o más?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuántos días has hecho tanto ejercicio que has acabado respirando fuerte?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Cuántos días has estado tan activo/a físicamente que has sudado?	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 12					
Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Casi nunca**	**A veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
Tuve dificultad para dormirme	☐	☐	☐	☐	☐
Dormí toda la noche	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para dormir	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve problemas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 13					
Responde a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
En las últimas 4 semanas...	**Nunca**	**Rara vez**	**A veces**	**A menudo**	**Siempre**
He sentido una relación estrecha con mi familia	☐	☐	☐	☐	☐
Me he sentido realmente importante para mi familia	☐	☐	☐	☐	☐
He recibido toda la ayuda que necesitaba de mi familia	☐	☐	☐	☐	☐
Mi familia y yo nos hemos divertido juntos	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 14					
ENSEGUIDA HAY ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE MANERAS EN QUE LA GENTE CAMBIA DESPUES DE EVENTOS DIFICILES. Para cada una de las siguientes declaraciones indique el grado en que ocurrió este cambio en su vida como resultado de su lesion.					
	Ningun cambio	**Un poco**	**Algun**	**Mucho**	**No se**
Aprendí que agradable y servicial pueden ser algunas personas.	☐	☐	☐	☐	☐
Ahora puedo manejar problemas grandes mejor de lo que solía.	☐	☐	☐	☐	☐
Sé lo que es importante para mi mejor que antes.	☐	☐	☐	☐	☐
Entiendo cómo funciona Dios mejor de lo que solía.	☐	☐	☐	☐	☐
Me siento más cerca de otras personas (amigos o familiares) que antes.	☐	☐	☐	☐	☐

	Ningun cambio	Un poco	Algun	Mucho	No se
Aprecio (disfruto) cada día más de lo acostumbrado.	☐	☐	☐	☐	☐
Ahora tengo la oportunidad de hacer algunas cosas que no podia hacer antes.	☐	☐	☐	☐	☐
Mi fe (creencia) en Dios es más fuerte de lo que era antes.	☐	☐	☐	☐	☐
He aprendido que puedo lidiar con más cosas que pensé que podia hacer antes.	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo nuevas ideas acerca de cómo quiero que sean las cosas cuando crezca.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 15

Esta es la última sección de la encuesta.

1. ¿Cuánto pesa ahora? (libras)_____ ☐ No sé

2. ¿Cuánto mide de estatura ahora? (pies/pulgadas)_____ ☐ No sé

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

4. ¿Cuál es su código postal ahora?_____
   ☐ No aplica (no vivo en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)

5. ¿Con quién está viviendo 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

6. ¿Cuál es su situación escolar ahora?
   - ☐ 1. Voy a la escuela
   - ☐ 2. No estoy en 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 (voy a la escuela)

7. Si aún no había regresado a la escuela antes de su último cuestionario del estudio de investigación, pero está en la escuela ahora,
¿Cuándo fue el primer día que regreso 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?
Si no se ha graduado de high school, indique el número de años de escuela 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. Otro

9. ¿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 plaza
- ☐ 4. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ 5. Inmunización por accidente laboral
- ☐ 6. Otro _____
- ☐ 99. No sé

En caso afirmativo, está recibiendo ingresos por discapacidad por su quemadura?

- ☐ 1. Sí, estoy recibiendo ingresos por discapacidad por mi quemadura
- ☐ 2. No, no estoy recibiendo ingresos por discapacidad por mi quemadura
- ☐ 77. No aplica (no estoy recibiendo ingresos por discapacidad)
- ☐ 99. No sé

10. ¿Actualmente tiene problemas físicos, tales como deficiencia de movilidad (dificultad para mover los brazos, piernas o cuerpo)?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 99. No sé

¿Cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta? _____
Hay algo más que le gustaría decirnos?_____
_____
_____
Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.