BMS Adult 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:

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
- ☐ 7. 20 year follow-up
- ☐ 8. 25 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 participando en este estudio. El objetivo del estudio es aprender sobre cómo evolucionan las personas después de una quemadura. Sus respuestas nos ayudarán a entender las experiencias de todas las personas con quemadura. Algunas de las preguntas se refieren a cómo era su vida antes de su quemadura, otras preguntas son acerca de su salud actual. Quizás observe que algunas respuestas son similares y parecen ser repetitivas. Esto no es un error, es parte del proceso de investigación. Toda la información se mantendrá confidencial. 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. ¿Cuál es su modo principal de transportación? ☐ 1. Manejando mi propio vehículo ☐ 2. Viajando con alguien más ☐ 3. Transporte público ☐ 4. No aplica (no utilizo transporte motorizado)	
2. 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	
3. 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

4. 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
- ☐ 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 no recibió ningún servicio O si no recibió terapia física/ocupacional, pase al número 9 en la página 4

5. *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 #9 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?

6. ¿En el centro de quemados?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

7. ¿En otro lugar?

- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No
- ☐ 77. No aplica (no recibió terapia ocupacional/física)
- ☐ 99. No sé

8. ¿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

9. Desde su último cuestionario del estudio de investigación, ¿ha tenido alguna cirugía relacionada con su quemadura (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	
Por favor, conteste cada pregunta en relación con su estado de salud actual: **¿Tiene actualmente:**	
1. Pérdida de la audición?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
2. Cambio en la voz?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
3. Problemas de la vista que no se pueden corregir con lentes regulares o de contacto?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
4. Problemas con los parpados?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
5. Lagrimeo excesivo de los ojos?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
6. Dificultad con la memoria?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
7. Dificultad con el procesamiento de pensamientos?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
8. Entumecimiento, hormigueo o sensación de ardor en su cicatriz de quemadura?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
9. Entumecimiento, hormigueo o sensación de ardor en sus manos?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
10. Entumecimiento, hormigueo o sensación de ardor en sus pies?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
11. Problemas con el equilibrio?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
12. Varices?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
13. Inflamación de pies o piernas?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
14. Inflamación de manos o brazos?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
15. Dificultad respiratoria al realizar sus actividades cotidianas?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
16. Cáncer de la piel?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
17. Dolor de articulaciones?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
18. ¿Ha estado embarazada o engendrado a un hijo desde su último cuestionario del estudio de investigación?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
19. Coágulos de sangre en las piernas o pulmones?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
20. Intolerancia al frío?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
21. Sudoración excesiva?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
22. Dificultad en ambientes calientes?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
23. ¿ Es su piel más sensible que antes de su quemadura?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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		
En los últimos 7 días…		
¿Qué tan intensa fue su picazón en general?...	☐0=0 No pica ☐1=1 ☐2=2 ☐3=3 ☐4=4 ☐5=5 ☐6=6 ☐7=7 ☐8=8 ☐9=9 ☐10=10 La peor picazón imaginable	*Si no ha tenido picazón en los últimos 7 días, pase a la Sección 5 en la página 7.* *Si tuvo picazón en los últimos 7 días, continúe con el resto de la Sección 4, a continuación.*

Sección 4, continuada…					
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Debido a la picazón, fue difícil trabajar ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, fue difícil hacer incluso tareas sencillas ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, cometí más errores de lo normal ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, fue difícil ver la televisión …….	☐	☐	☐	☐	☐
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días…	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Casi siempre**
Debido a la picazón, me sentí desdichado/a ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, me sentí triste ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, me sentí inquieto/a ……	☐	☐	☐	☐	☐
Debido a la picazón, tuve dificultad para dormirme ….	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 5					
Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.					
	Excelente	**Muy Buena**	**Buena**	**Pasable**	**Mala**
En general, diría que su salud es…	☐	☐	☐	☐	☐
En general, diría que su calidad de vida es…	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud física?	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar? ……	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas? ……	☐	☐	☐	☐	☐
En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a, etc.)…	☐	☐	☐	☐	☐
	Complet-amente	**En su mayoría**	**Modera-damente**	**Un poco**	**Para nada**
¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla? …….	☐	☐	☐	☐	☐
En los últimos 7 días...	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad? ……	☐	☐	☐	☐	☐
En los últimos 7 días...	**Ninguno**	**Leve**	**Moderado**	**Intenso**	**Muy intenso**
En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio? ……	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 6					
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Capacidad de funcionamiento físico	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No puedo hacerlo**
¿Puede realizar tareas, como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede subir y bajar escaleras a un paso normal?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede salir a caminar durante 15 minutos por lo menos?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede hacer mandados y compras?	☐	☐	☐	☐	☐
Ansiedad **En los últimos 7 dias…**	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Sentí miedo	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para concentrarme en otra cosa que no fuera mi ansiedad	☐	☐	☐	☐	☐
Mis inquietudes fueron demasiado para mí	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí intranquilo/a	☐	☐	☐	☐	☐
Depresión **En los últimos 7 dias…**	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Sentí que no valía nada	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí indefenso/a (que no podia hacer nada para ayudarme)	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí deprimido/a	☐	☐	☐	☐	☐
Me sentí desesperanzado/a	☐	☐	☐	☐	☐
Agotamiento **En los últimos 7 dias…**	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchís-imo**
Me siento agotado/a	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo dificultad para comenzar las cosas porque estoy cansado/a	☐	☐	☐	☐	☐
¿Qué tan rendido/a se sintió en promedio?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Qué tan agotado/a estuvo en promedio?	☐	☐	☐	☐	☐

Alteración del Sueño **En los últimos 7 dias…**	**Muy mala**	**Mala**	**Pasable**	**Buena**	**Muy Buena**
La calidad de mi sueño fue	☐	☐	☐	☐	☐
En los últimos 7 dias…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchísimo**
Mi sueño fue reparador	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve problemas para dormir	☐	☐	☐	☐	☐
Tuve dificultad para dormirme	☐	☐	☐	☐	☐
Capacidad para Participar en Roles y Actividades Sociales	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
Tengo problemas para realizar con otras personas todas mis actividades habituales de tiempo libre	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo problemas para cumplir con mis responsabilidades familiares	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo problemas para realizar todo mi trabajo habitual (incluya el trabajo en el hogar)	☐	☐	☐	☐	☐
Tengo problemas para mantenerme en contacto con otras personas	☐	☐	☐	☐	☐
Efectos del dolor **En los últimos 7 dias…**	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Much-ísimo**
¿En qué medida el dolor interfirío en sus actividades diarias?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor interfirío en el trabajo en el hogar?	☐	☐	☐	☐	☐
	Nada	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Much-ísimo**
¿En qué medida el dolor interfirío en su capacidad para participar en actividades sociales?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor interfirío en sus tareas domésticas?	☐	☐	☐	☐	☐

Intensidad del Dolor En los últimos 7 dias…											
En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningun dolor										**El peor dolor imaginable**

Para entender si una quemadura cambia la satisfacción de las personas con su vida sexual y de qué manera, hacemos algunas preguntas sobre la función sexual. Todos pueden responder estas preguntas. Si no tuvo actividad sexual en los últimos 30 días, califique qué tan satisfecho está sin actividad sexual.

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea

En los últimos 30 días…	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Bastante**	**Mucho**
¿Hasta qué punto ha estado satisfecho/a con su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
	Ninguno	**Un poco**	**Algo**	**Bastante**	**Mucho**
¿Cuánto placer le ha dado su vida sexual?	☐	☐	☐	☐	☐

*INSTRUCCIONES: Si tuvo una quemadura **en la mano**, complete las siguientes 4 preguntas.* Si ***NO tuvo una quemadura en la mano***, *avance a la Sección 7 en la página siguiente.*

La extremidad superior	**Sin dificultad**	**Con poca dificultad**	**Con alguna dificultad**	**Con mucha dificultad**	**No puedo hacerlo**
¿Puede cortar la comida con cubiertos?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede abrir una lata con un abrelatas?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede abotonar su camisa?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Puede recoger monedas de una mesa?	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 7					
Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
Recientemente…	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
1. Debido a mi lesión, algunas personas me evitaron.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Debido a mi lesión, me sentí excluido de muchas cosas.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Debido a mi lesión, la gente evitó mirarme.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Me sentí avergonzado de mi lesión.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Debido a mi lesión, algunas personas parecieron sentirse incómodas conmigo.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me sentí avergonzado debido a mis limitaciones físicas.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Debido a mi lesión, la gente fue poco amable conmigo.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Algunas personas actuaron como si fuera mi culpa tener esta lesión.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 8				
Por favor, responda pensando en sus quemaduras/cicatrices como son AHORA MISMO				
¿Cuánto le molesta…	**Para nada**	**Un poco**	**Bastante**	**Mucho**
… cómo se ven sus heridas/cicatrices cuando no están cubiertas (por ejemplo, sin ropa o maquillaje)	☐	☐	☐	☐
… qué tan notorias son sus heridas/cicatrices para otras personas	☐	☐	☐	☐
… cómo se ven sus heridas/cicatrices en general	☐	☐	☐	☐

Sección 9		
Esta sección pregunta sobre el consumo de alcohol durante el último año (O, desde su último cuestionario del estudio, si su quemadura fue hace menos de un año). *Si no bebió alcohol en el último año,* ***marque esta casilla*** ☐ *y luego pase a la Sección 10 a continuación.*		
En el último año (*O*, desde su último cuestinario del estudio, *si su quemadura fue hace menos de un año). …*		
1. ¿Ha pensado que necesita reducir la cantidad de sus bebidas?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Se ha molestado porque lo han criticado por beber?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable por beber?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Alguna vez pensó que tenía que tomarse un trago al despertar por la mañana para calmar sus nervios o para librarse de una resaca ?	☐ Sí	☐ No
Sección 10		
Esta sección pregunta sobre el consumo de drogas durante el último año (O, desde su último cuestionario del estudio, si su quemadura fue hace menos de un año). *Si no consumió drogas en el último año,* ***marque esta casilla*** ☐ *y luego pase a la Sección 11 a continuación.*		
En las preguntas de esta sección estaremos preguntado sobre el consumo de drogas por ejemplo crack o heroína; o sobre medicamentos con receta como analgésicos o estimulantes que no se le recetaron a usted; o productos químicos que pudiera haber inhalado. También queremos saber si a veces tomó más de lo que debería haber tomado de cualquier medicamento que le hayan recetado.		
En el último año (*O, desde su* último cuestionario del estudio de investigación, *si su quemadura fue hace menos de un año*). …		
1. ¿Ha pensado que necesita disminuir la cantidad de drogas que consume?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Se ha molestado porque lo han criticado por su consumo de drogas?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Alguna vez se ha sentido culpable sobre su consumo de drogas?	☐ Sí	☐ No
4. ¿Alguna vez pensó que tenía que consumir drogas al despertar en la mañana para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	☐ Sí	☐ No

Sección 11					
Instrucciones: A continuación hay una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Por favor, lea cada problema cuidadosamente y luego circule uno de los números a la derecha para indicar cuánto le molestó ese problema durante el pasado mes.					
Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	**Nada**	**Un poco**	**Modera-damente**	**Bast-ante**	**Extrema-damente**
1. recuerdos repetidos, perturbadores e indeseados sobre la experiencia estresante?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
2. sueños repetidos y perturbadores sobre la experiencia estresante?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
3. sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estresante estuviera sucediendo nuevamente (como si estuviera reviviéndola)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
4. sentirse muy angustiado cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
5. tener reacciones físicas intensas cuando algo le hizo recordar la experiencia estresante (por ejemplo, latidos cardiacos muy fuertes, problemas para respirar, sudoración)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
6. evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
7. evitar claves o recordatorios externos de la experiencia estresante (por ejemplo, personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos o situaciones)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
8. dificultad para recordar partes importantes de la experiencia estresante?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
9. tener creencias negativas fuertes acerca de sí mismo, de otras personas o del mundo (por ejemplo, tener pensamientos como: soy malo, hay algo en mí que está muy mal, no se puede confiar en nadie, el mundo es completamente peligroso)?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
10. culparse a sí mismo o a otros por la experiencia estresante, o por lo que sucedió después de ésta?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
11. tener sentimientos negativos intensos, como miedo, terror, ira, culpa o vergüenza?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
12. pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
13. entirse distante o enajenado de otras personas?	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**

Durante el pasado mes, ¿cuánta molestia ha sentido por:	Nada	Un poco	Modera-damente	Bast-ante	Extrema-damente
14. dificultad para sentir emociones positivas (por ejemplo, ser incapaz de sentir alegría o sentimientos de amor por las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. irritabilidad, explosiones de rabia o actuar agresivamente?	0	1	2	3	4
16. tomar demasiados riesgos o hacer cosas que pudieron haberle causado daño?	0	1	2	3	4
17. estar "extremadamente alerta", o vigilante, o en guardia?	0	1	2	3	4
18. sentirse muy nervioso o sobresaltarse fácilmente?	0	1	2	3	4
19. tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. tener dificultad para dormirse o mantener el sueño?	0	1	2	3	4

Sección 12

Actualmente:

1. ¿Quién se encarga de sus finanzas personales, tales como banco y pagar deudas?
   - ☐ 1. Usted solo
   - ☐ 2. Usted y otra persona
   - ☐ 3. Otra persona

¿Aproximadamente cuántas veces al mes participó 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 hacía actividades de ocio)

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

Sección 13

En las siguientes 5 declaraciones usted puede estar de acuerdo o desacuerdo. Utilice una escala donde 1 representa que usted está firmemente en desacuerdo y 7 representa que usted está firmemente de acuerdo. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo según corresponda. Por favor, sea franco y honesto en sus respuestas.

	Muy en des-acuerdo =1	En des-acuerdo =2	Un poco en des-acuerdo =3	Ni de acuerdo ni en des-acuerdo =4	Un poco de acuerdo =5	De acuerdo =6	Muy de acuerdo =7
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es cercana a mi ideal.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Estoy satisfecho con mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 14

Para cada oración, por favor indique el grado en que los cambios en su vida ocurrieron como resultado de su quemadura. Por favor use las siguientes medidas para sus respuestas.
0 = No he experimentado este cambio como resultado de mi quemadura
1 = He experimentado este cambio muy poco como resultado de mi quemadura
2 = He experimentado poco cambio como resultado de mi quemadura
3 = He experimentado este cambio en grado moderado como resultado de mi quemadura
4 = He experimentado este cambio en alto grado como resultado de mi quemadura
5 = He experimentado este cambio en muy alto grado como resultado de mi quemadura

	No he experi-mentado este cambio	Muy Poco	Poco	Grado modera-do	Alto grado	Muy alto grado
1. Cambié mis prioridades sobre lo que es importante en la vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Tengo mayor apreciación por el valor de mi propia vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Estoy capacitada para mejorar mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Tengo mejor entendimiento de las cosas espirituales.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Me siento más cercana, allegada, a otras personas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Me abrí un nuevo camino en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sé que puedo enfrentar dificultades.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Tengo más fe en mi religión.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Descubrí que soy más fuerte de lo que pensaba.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Aprendí que la gente es maravillosa.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 15					
Responda a todas las preguntas. Elija una respuesta por pregunta.					
Califique la manera en que cada afirmación le describe en este momento.	**En absoluto**	**Un poco**	**Algo**	**Bastante**	**Mucho**
1. Mantengo una actitud positiva incluso en situaciones adversas.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Cuando sucede algo que me estresa, por lo general me calmo rápidamente.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Cuando sufro un contratiempo, sigo adelante.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Aunque a veces me siento mal, por lo general me recupero enseguida.	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 16
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 ☐ 3. Casa para adultos ☐ 4. Institución correccional ☐ 5. Hotel/motel ☐ 6. Sin hogar ☐ 7. Hospital
4. Actualmente, ¿cuál es su código postal?_____ ☐ No aplica (no vivo en los Estados Unidos) ☐ No aplica (sin hogar)
5. ¿Con quién está viviendo ahora? (Escoja todas las que apliquen) ☐ 1. Solo ☐ 2. Cónyuge/pareja ☐ 3. Amistad ☐ 4. Padre/madre o padrastro/madrastra ☐ 5. Otro pariente (hermanos, abuelos) ☐ 6. Otros, no parte de la familia ☐ 7. Tutor ☐ 8. Hijos pequeños ☐ 9. Hijos adultos ☐ 99. No sé
6. ¿Cuál es su estado civil ahora? (Escoja solo una) ☐ 1. Casado; viviendo con pareja ☐ 2. Separado ☐ 3. Divorciado ☐ 4. Viudo ☐ 5. Soltero (sin casar)

La siguiente pregunta se refiere a sus ingresos. Apreciamos esta información porque a menudo los ingresos están relacionados con la salud. Por ejemplo, nos gustaría saber si las familias con ingresos bajos reportados tienen más problemas con el acceso a servicios de atención médica, como la atención dental o terapia física. Tener esta información nos ayuda a abogar por mejores programas que atienden a personas con quemadura.

7. ¿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)? (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

8. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

9. En el último año, ¿cuántos meses trabajó por paga? _____

☐ No sé (*Indique cuántos meses*)

10. ¿Cuál es su principal ocupación? (*O*, ¿cuál fue su principal ocupación la última vez que trabajó? *si la respuesta arriba fue menos de 1 mes)*

Ocupación: _____ (*no el nombre de la compañía*)

Occupation Categories [for staff use only]:
1 - Ejecutivo, Administrativo y Gerente, 2 - Profesional especializado, 3 - Técnicos y Apoyos relacionados, 4 – Ventas, 5 - Apoyo administrativo incluyendo secretaria, 6 - Casa particular, 7 - Servicio de protección, 8 - Servicio, aparte de protección y en casa particular, 9 - Agricultura, Silvicultura y Pesca, 10 - Producción de precisión, Artesanía y Reparación, 11 - Operadores de máquinas, Ensambladores e Inspectores, 12 - Transportación y movimiento de materiales, 13 - Manipuladores, Limpiadores de equipos, Ayudantes y Obreros, 14 - Ocupaciones Militares

11. ¿Cuál es su situación actual de trabajo? (Escoja solo una) ☐ 1. Estoy trabajando ☐ 2. No estoy trabajando (estoy buscando trabajo) ☐ 3. No estoy trabajando (no estoy buscando trabajo) ☐ 4. Ama de casa/cuidador ☐ 5. Voluntario ☐ 6. Jubilado	(*Si está trabajando actualmente*), ¿Aproximadamente cuántas <u>horas a la semana</u> trabaja por paga? _____ *(indique cuántas horas)* *Si aún no había regresado al trabajo o la escuela antes de su último cuestionario del estudio de investigación, pero está trabajando ahora,* ¿En qué fecha regresó primero al trabajo/escuela desde su lesión? (*Indique su mejor estimación si no sabe la fecha exacta*): _____/_____/_____

Si no está trabajando actualmente, pase al numero 14 en la página siguiente.

12. *(Si está trabajando actualmente,)* ¿Ha recibido alguna adaptación de funciones laborales de su empresa debido a su quemadura? Esto podría incluir un cambio en el procedimiento u horario laboral, una modificación en su sitio de trabajo, o equipo de asistencia.

☐ 1. No, a mi empresa <u>no</u> se le solicitó adaptaciones de funciones laborales y <u>no</u> recibí ninguna.
☐ 2. No, a mi empresa se le solicitó adaptaciones de funciones laborales, pero la solicitud fue rechazada.
☐ 3. Si, a mi empresa se le solicitó adaptaciones de funciones laborales y recibí algunas o todas las adaptaciones que pedí.
☐ 4. Sí, mi empresa me dio adaptaciones de funciones laborales sin tener que pedirlas.
☐ 99. No sé

13. ¿Aproximadamente cuántos fueron sus propios ingresos en el último año completo? (en dólares estadounidenses)

☐ 1. Menos de $25,000
☐ 2. $25,000-$40,999
☐ 3. $41,000-$55,999
☐ 4. $56,000-$70,999
☐ 5. $71,000-$85,999
☐ 6. $86,000-$100,000
☐ 7. Más de $100,000
☐ 8. No vivía en los Estados Unidos
☐ 77. No aplica (no tuve ingresos propios)
☐ 88. Prefiero no responder

14. ¿Cuál es su situación escolar actual? ☐ 1. Voy a la escuela ☐ 2. No voy la escuela →	*Si no está trabajando o asistiendo a la escuela*, ¿Por qué no? ☐ No aplica (trabajando o asistiendo a la escuela) ☐ Tiene que ver con la quemadura ☐ Otros problemas médicos ☐ Problemas con su patrón ☐ Razones emocionales/sociales ☐ Razones judiciales/cárcel ☐ Abuso de sustancias ☐ Decisión personal ☐ Otra razón ☐ Jubilado ☐ Ama de casa/cuidador ☐ Sin empleo pero buscando empleo ☐ No sé

15. ¿Cuántos años de educación ha completado?
(Si no se ha graduado de high school, por favor, indique el número de años que ha completado en la escuela. 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)
☐ 13. Estudiando para un título asociado, título vocacional o diploma/certificado de escuela técnica
☐ 14. Título asociado, título vocacional o diploma/certificado de escuela técnica
☐ 15. Trabajando hacia una Licenciatura
☐ 16. Licenciatura
☐ 17. Estudiando para una maestría
☐ 18. Maestría
☐ 19. Estudiando para un doctorado
☐ 20. Doctorado
☐ 66. Otro

16. ¿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 (por favor, explique): _____) ☐ 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
17. ¿Actualmente tiene problemas físicos, tales como deficiencia de movilidad (dificultad para mover los brazos, piernas o cuerpo)? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé	
18. ¿Actualmente quién es su patrocinador principal de salud, o quien está pagando por la mayoría de sus gastos médicos por quemadura? (Escoja solo una) ☐ 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. Otro ☐ 11. Filantropía (ayuda privada o fundación privada u hospital Shriners) ☐ 77. No aplica (no hay gastos por la quemadura) ☐ 99. No sé	
19. ¿Alguna vez sirvió en el ejército? ☐ 1. No ☐ 2. Sí	

¿Aproximadamente cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta?
_____

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

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.