BMS Adult Mail 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 de Alta Hospitalaria del Burn Model System: Introducción

Gracias por aceptar participar en este estudio. El objetivo del estudio es aprender sobre cómo evolucionan las personas después de una quemadura. Sus respuestas nos ayudarán a comprender las experiencias de todas las personas con quemaduras. 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 preguntas son similares y parecen ser repetitivas. Esto no es un error, es parte del proceso de investigación. Toda su 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 contáctenos al:_____.

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

Sección 1	
Por favor, conteste cada pregunta en relación con su estado de salud <u>actual</u>: **¿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. Cáncer de la piel?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
16. Dolor de articulaciones?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
17. Alguna vez ha estado embarazada o engendrado a un hijo?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
18. Coágulos de sangre en las piernas o pulmones?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
19. Intolerancia al frío?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
20. Sudoración excesiva?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé
21. Dificultad en ambientes calientes?	☐ Sí ☐ No ☐ No sé

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 la lesión. Toda la información se mantendrá confidencial. Por favor, conteste todas las preguntas con la mayor precisión posible.

Sección 2

En las siguientes 4 declaraciones usted puede estar de acuerdo o desacuerdo. Utilice una escala donde 1 representa que usted está muy en desacuerdo y 7 representa que usted está muy de acuerdo. Indique si está de acuerdo o en desacuerdo según corresponda teniendo en cuenta que fue 4 semanas antes de su quemadura. 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 las 4 semanas antes de mi quemadura, en la mayoría de las formas mi vida era cercana a mi ideal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. En las 4 semanas antes de mi quemadura, la condiciones de mi vida eran excelentes.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. En las 4 semanas antes de mi quemadura, yo estaba satisfecho con mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. En las 4 semanas antes de mi quemadura, ya había obtenido las cosas importantes que quería en mi vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 3

Durante las 4 semanas antes de su quemadura:

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 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

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

Sección 4					
Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.					
	Excelente	**Muy buena**	**Buena**	**Pasable**	**Mala**
En general, diría que su salud antes de la quemadura era ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, diría que su calidad de vida antes de la quemadura era ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud física antes de la quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluido su estado de ánimo y su capacidad para pensar, antes de su quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas antes de su quemadura? ...	☐	☐	☐	☐	☐
En general, califique en qué medida podría realizar sus actividades sociales y funciones habituales antes de su quemadura. (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..) ...	☐	☐	☐	☐	☐

	Completa-menta	En su mayoría	Moderada-mente	Un poco	Para nada
En qué medida podría realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla antes de su quemadura?	☐	☐	☐	☐	☐
Durante las 4 semanas antes de su quemadura	**Nunca**	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad?	☐	☐	☐	☐	☐
Durante las 4 semanas antes de su quemadura	**Ninguno**	**Leve**	**Moderado**	**Intenso**	**Muy intenso**
En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio?	☐	☐	☐	☐	☐

En promedio, ¿cómo calificaría su dolor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Ningún dolor										**El peor dolor imaginable**

Sección 5
1. ¿En **el mes antes de su quemadura** tomaba <u>medicamentos de venta con receta</u> para el dolor con regularidad? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
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
3. En los últimos 12 meses, ¿usted tomó medicamentos por estar triste, sentirse vacío o deprimido? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé
4. ¿Recibió usted terapia psicológica o asesoramiento en los últimos 12 meses? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 99. No sé

Sección 6

1. Antes de su quemadura, ¿dónde estaba viviendo? (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

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

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

4. ¿Cuál era su estado civil en el momento de su quemadura? (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.

5. ¿Aproximadamente cuáles eran los ingresos anuales totales de su familia en el último año completo antes de su quemadura (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

6. ¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

7. En el año antes de su quemadura, ¿cuántos meses trabajó por paga? _____
☐ No sé (*Indique cuántos meses*)

8. Antes de su quemadura (*o* la última vez que trabajó, *si la respuesta de arriba fue menos de 1 mes*), ¿cuál fue su ocupación primordial?

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

9. ¿Cuál era su situación de empleo en el momento de su quemadura? (Escoja solo una)

- ☐ 1. Estaba trabajando → (*Si estaba trabajando*) Antes de su quemadura, ¿aproximadamente cuántas horas a la semana trabajaba por paga? _____ (*Escriba las horas*)
- ☐ 2. No estaba trabajando (estaba buscando trabajo)
- ☐ 3. No está trabajando (no está buscando trabajo)
- ☐ 4. Ama de casa/cuidador
- ☐ 5. Voluntario
- ☐ 6. Jubilado

10. ¿Aproximadamente cuántos fueron sus propios ingresos en el último año completo antes de su quemadura? (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

11. ¿Estaba asistiendo a la escuela cuando sufrió su quemadura?

- ☐ 1. Iba a la escuela
- ☐ 2. No iba ala escuela

Si no estaba trabajando o asistiendo a la escuela cuando sufrió la quemadura, ¿cuál era la razón?

- ☐ No aplica (trabajaba o asistía a la escuela)
- ☐ 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

12. 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

13. 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

Sección 7		
Esta sección pregunta sobre el consumo de alcohol durante el último año. Si no bebió alcohol en el último año, **marque esta casilla** ☐ y luego pase a la Sección 8 a continuación.		
En el último 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 8		
Esta sección pregunta sobre el consumo de drogas durante el último año. Si no consumió drogas en el último año, **marque esta casilla** ☐ y luego pase a la Sección 9 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 hecho de cualquier medicamento que le hayan recetado.		
En el último 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 de hisotorial después de la lesión

Todas las preguntas que acaba de contestar eran sobre antes de su quemadura. Ahora hay algunas preguntas similares, pero se refieren a después de su quemadura. Como un recordatorio, algunas de estas preguntas pueden parecer repetitivas pero es parte del proceso de investigación. Gracias por su paciencia.

Sección 9											
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**

Sección 10					
Responda a cada pregunta marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 7 días ...	**Nada**	**Un poco**	**Algo**	**Mucho**	**Muchí-simo**
¿Cuánta dificultad tuvo para entender información nueva debido al dolor?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor interfirió en su capacidad para disfrutar de la vida?	☐	☐	☐	☐	☐
¿En qué medida el dolor le dificultó dormirse?	☐	☐	☐	☐	☐
	Nunca	**Rara vez**	**Algunas veces**	**A menudo**	**Siempre**
¿Con qué frecuencia se sintió afligido/a por el dolor?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Con qué frecuencia el dolor fue tan agudo que no pudo pensar en nada más?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Con qué frecuencia el dolor le hizo sentirse ansioso/a?	☐	☐	☐	☐	☐

Sección 11		
En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 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, o desde la quemadura si se quemó hace menos de 7 días, pase a la Sección 12 en la página 12.* *Si tuvo picazón en los últimos 7 días, o desde su quemadura si se quemó hace menos de 7 días, continúe con el resto de la Sección 11, a continuación.*

Responda a cada pregunta o enunciado marcando una casilla por línea.					
En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 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…….	☐	☐	☐	☐	☐
En los últimos 7 días, o desde su quemadura si se lesionó hace menos de 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 12

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

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

Sección 13

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
   - ☐ 3. Casa para adultos
   - ☐ 4. Institución correccional
   - ☐ 5. Hotel/motel
   - ☐ 6. Sin hogar
   - ☐ 7. Hospital
   - ☐ 99. No sé

2. ¿Con quién estará viviendo después de haber sido dado de alta del hospital? (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

3. ¿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 técni
- ☐ 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

4. ¿Actualmente está recibiendo ingresos por discapacidad tales como Seguro Social por Discapacidad o 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

5. ¿Alguna vez sirvió en el ejército?

- ☐ 1. No
- ☐ 2. Sí

¿Cuánto tiempo se tardó en completar esta encuesta? _____

Hay algo más que le gustaría decirnos?_____
_____
_____

Muchas gracias por compartir sus experiencias con nosotros.