

Responda estas preguntas sobre su situación antes de la lesión. Sus respuestas nos ayudarán a comprender los problemas relacionados con la lesión. Toda la información se mantendrá confidencial. Responda todas las preguntas y sea lo más preciso posible.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con nosotros en: _____.

¿Cuál es su fecha de nacimiento? ____/____/_____

¿Es hispano/a, latino/a o español(a) de origen?

- No Sí

¿Con qué grupo(s) racial(es) se identifica más?

Blanco:

- No Sí

Negro, Afroamericano:

- No Sí

Asiático:

- No Sí

Nativo Americano/Amerindio o nativo de Alaska:

- No Sí

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico:

- No Sí

Si se identificó con más de un grupo racial o grupo étnico en las preguntas anteriores, ¿cuál es la raza con la que más se identifica?

- Blanco (1) Nativo americano (4)
 Negro (2) De origen hispano (5)
 Asiático/Isleño del Pacífico (3) Otro (7)

¿Cuál es el idioma principal que se habla en su casa? (Haga un seleccione alrededor de la respuesta correcta)

- Inglés (1)
 Español (2)
 Otro idioma (3)

Otro idioma (Si no es inglés o español) _____

¿En qué país nació? _____

Si no nació en EE.UU., ¿Cuántos años lleva viviendo en los Estados Unidos? _____

¿Cuál es su estado civil?

- Soltero/a (Nunca se casó) (1)
- Casado/a (2)
- Divorciado/a (3)
- Separado/a (4)
- Viudo/a (5)
- Otro (7)

Antes de la lesión, ¿quién era la persona principal que vivía con usted?

- Solo (1)
- Cónyuge (2)
- Otro(s) Pariente(s) (3)
- Alguien Más (4)

Antes de la lesión, ¿dónde estaba viviendo?

- Privado (1)
- Residencia de ancianos/Hospital de cuidados subagudos (2)
- Hogar de adultos (3)
- Institución correccional (4)
- Hotel/Motel (5)
- Sin hogar (6)
- Hospital de cuidado agudo (7)
- Hospital de rehabilitación (8)
- Otro hospital (9)
- Otro (10)

¿Cuál era el código postal del lugar donde vivía antes de la lesión? _____

¿Cuántos años de educación completó? Si no se graduó de la escuela secundaria, haga un seleccione en la cantidad de años que pasó en la escuela. Si tiene como mínimo un diploma de secundaria, haga un seleccione en el nivel más alto obtenido (o hacia el que estudió).

- 1 año o menos (1)
- 2 años (2)
- 3 años (3)
- 4 años (4)
- 5 años (5)
- 6 años (6)
- 7 años (7)
- 8 años (8)
- 9 años (9)
- 10 años (10)
- 11 años/12 años, Sin diploma (11)
- Diploma del Colegio (12)
- Estudio hacia título intermedio (13)
- Título intermedio (14)
- Estudio hacia licenciatura (15)
- Licenciatura (16)
- Estudio hacia maestría (17)
- Maestría (18)
- Estudio hacia doctorado (19)
- Doctorado (20)
- Otro (21)

¿Obtuvo un diploma equivalente de escuela secundaria (GED) en lugar de graduarse en la secundaria o la preparatoria?

- No
- Sí

Al momento de la lesión, ¿cuál era su situación laboral principal?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo (2) | <input type="checkbox"/> Jubilado por discapacidad (12) |
| <input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo parcial (3) | <input type="checkbox"/> Desempleado no buscando (13) |
| <input type="checkbox"/> Educación especial (4) | <input type="checkbox"/> Hospitalizado no remunerada (14) |
| <input type="checkbox"/> Empleado competitivo (5) | <input type="checkbox"/> Jubilado por otra razón (15) |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa o a cargo de las tareas del hogar (7) | <input type="checkbox"/> Licencia de trabajo no remunerada (16) |
| <input type="checkbox"/> Empleo especial (8) | <input type="checkbox"/> Licencia médica no remunerada o indemnización por accidente de trabajo (17) |
| <input type="checkbox"/> Jubilado por edad (9) | <input type="checkbox"/> Otro (55) |
| <input type="checkbox"/> Desempleado buscando (10) | |
| <input type="checkbox"/> Voluntario (11) | |

Tipo de trabajo (no el nombre de la compañía) antes de la lesión: _____

El ingreso es muy importante para entender por qué los resultados en salud y el acceso a esta son diferentes para distintos grupos de personas. Las categorías de ingresos también se utilizan para ayudar a desarrollar programas de salud y comunitarios que satisfagan mejor las necesidades de las personas con diversos antecedentes.

Ingreso anual (salario total) durante el año anterior a la lesión. Incluya sólo los ingresos laborales, no incluya los ingresos de inversiones, juicios, lotería, etc.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> \$9,999 o menos (1) | <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999 (7) |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999 (2) | <input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999 (8) |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 (3) | <input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999 (9) |
| <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 (4) | <input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999 (10) |
| <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,990 (5) | <input type="checkbox"/> \$100,000 o más (11) |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999 (6) | |

¿Antes de la lesión, cuántas horas pasa realizando actividades hogareñas, incluyendo limpiar, cocinar y criar niños?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna (0) | <input type="checkbox"/> 1a 4 horas (1) | <input type="checkbox"/> 5 a 9 horas (2) |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 horas (3) | <input type="checkbox"/> 20 a 34 Horas (4) | <input type="checkbox"/> 35 o más horas (5) |

¿Antes de la lesión, cuántas horas dedica al estudiar para obtener un diploma o un grado en un programa técnico acreditado, incluyendo horas de clase y estudio?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna (0) | <input type="checkbox"/> 1a 4 horas (1) | <input type="checkbox"/> 5 a 9 horas (2) |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 horas (3) | <input type="checkbox"/> 20 a 34 Horas (4) | <input type="checkbox"/> 35 o más horas (5) |

¿Antes de la lesión, cuántas horas pasa trabajando para obtener dinero, en un empleo o por cuenta propia?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna (0) | <input type="checkbox"/> 1a 4 horas (1) | <input type="checkbox"/> 5 a 9 horas (2) |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 horas (3) | <input type="checkbox"/> 20 a 34 Horas (4) | <input type="checkbox"/> 35 o más horas (5) |

¿Antes de la lesión, en una mes normal cuántas veces hace trabajo voluntario?

- Ninguna (0) Una vez (1) Dos veces (2)
 Tres veces (3) Cuatro veces (4) Cinco veces o más (5)

En el momento de la lesión ¿tenía alguna de las siguientes afecciones crónicas?

Ceguera o un trastorno grave de la visión.

- No Sí

Sordera o un trastorno grave de la audición.

- No Sí

Una afección que limitaba sustancialmente una o varias actividades físicas básicas como, por ejemplo, caminar, subir escaleras, alcanzar, levantar o cargar.

- No Sí

Antes de esta lesión, ¿le ha dicho alguna vez un médico que tiene un trastorno convulsivo?

- No Sí

Al momento de la lesión tenía usted problemas para hacer alguna de las siguientes actividades debido a afecciones físicas, mentales o emocionales ¿han estado presente estos problemas en los últimos 6 meses? (Si no realizaba una actividad debido a que no podía hacerla, haga un seleccione en 'Sí').

Aprender, recordar o concentrarse:

- No Sí

Vestirse, bañarse o deambular por la casa:

- No Sí

Salir de la casa solo(a) para ir de compras o a una consulta con el médico:

- No Sí

Trabajar en un empleo o en negocios:

- No Sí

¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le dijo que tenía...

1. Hipertensión o hipertensión arterial?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
2. Insuficiencia cardíaca congestiva?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
3. Un infarto de miocardio o un ataque cardíaco?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
4. Un derrame cerebral?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
5. Alto nivel de colesterol?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
6. Diabetes, nivel alto de azúcar en sangre o azúcar en la orina?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
7. Enfermedad hepática (como hepatitis)?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
8. Artritis reumatoide?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
9. Osteoartritis?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
10. Alguna clase de demencia, como Alzheimer?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
11. Enfermedad de Parkinson?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>

12. Ataques de pánico?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>
13. TEP (Trastorno de estrés postraumático)?	No	Sí	
<i>En caso afirmativo, ¿eso fue antes, después o aproximadamente al mismo tiempo que su TBI?</i>	<i>Antes de la LCT</i>	<i>Al mismo tiempo que la LCT</i>	<i>Después de la LCT</i>

¿Antes de la lesión, fumaba cigarrillos todos los días, algunos días o no fumaba?

- No fuma (1) Algunos días (2) Todos los días (3)

Durante el año anterior a la lesión, ¿utilizó alguna droga ilegal o un medicamento sin receta médica?

- No Sí

Durante el año anterior a la lesión, ¿Ha fumado usted marihuana?

- No Sí

¿Le prescribieron a usted la marihuana?

- No Sí

Durante el mes anterior a la lesión, ¿tomó como mínimo un trago de bebidas alcohólicas como por ejemplo cerveza, vino, sangría o licores?

- No Sí

Durante el mes anterior a la lesión, ¿cuántos días por semana el paciente tomó una bebida alcohólica, en promedio? _____

Una bebida es 1 lata o una botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de sangría, 1 cóctel o 1 trago de licor. Los días que bebe, ¿cuántas bebidas toma en promedio? _____

Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante el mes anterior a la lesión el paciente tomó cinco o más bebidas en una ocasión? _____

SOLO MUJERES: Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante el mes anterior a la lesión tomó cuatro o más tragos en una ocasión? _____

¿Alguna vez fue hospitalizado por un problema psiquiátrico?

- No Sí

¿Fue hospitalizado por un problema psiquiátrico durante el año anterior a la lesión?

- No Sí

¿Alguna vez recibió tratamiento para algún problema de salud mental? (Algunos ejemplos incluyen depresión, ansiedad, esquizofrenia y abuso de alcohol/drogas)

- No Sí

¿Recibió tratamiento para algún problema de salud mental durante el año anterior a la lesión?

- No Sí

¿Alguna vez trató de suicidarse?

- No Sí

¿Intentó suicidarse durante el año anterior a la lesión?

- No Sí

Mientras estaba en la escuela, ¿alguna vez fue clasificado como estudiante de educación especial?

- No Sí

¿Alguna vez fue militar?

- No Sí

¿Cuántos años prestó de servicio activo? _____

¿Alguna vez lo asignaron a una zona de combate?

- No Sí

¿Quién respondió estas preguntas?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Participante (0) | <input type="checkbox"/> Hermano (3) | <input type="checkbox"/> Otro pariente (7) |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge (1) | <input type="checkbox"/> Hijo adulto (4) | <input type="checkbox"/> Amigo (8) |
| <input type="checkbox"/> Padre(s) (2) | <input type="checkbox"/> Novio, Novia, Prometido (5) | <input type="checkbox"/> Cuidador profesional (9) |