

**Por favor, conteste las preguntas de la manera más completa y precisa posible. Para cada pregunta, haga un círculo alrededor de la respuesta más apropiada o escriba la respuesta en el cuadro correspondiente. Si selecciona como opción "otro", le agradeceremos que complete una descripción en el cuadro correspondiente. Toda la información será tratada como confidencial y nos ayudará a entender mejor el curso de recuperación y el desenlace después de una lesión cerebral traumática.**

**En lo posible, este cuestionario debe ser completado por el participante en el estudio. Si eso no es posible, alguien que conozca bien al participante podrá contestar la mayoría de las preguntas en su representación.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Cuántos años de educación completó?**

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

**¿Obtuvo un título equivalente al secundario GED (Desarrollo Educativo General), por sus siglas en inglés?**

- No  Sí

**¿En una semana normal, 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       | <input type="checkbox"/> 1a 4 horas    | <input type="checkbox"/> 5 a 9 horas    |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 horas | <input type="checkbox"/> 20 a 34 Horas | <input type="checkbox"/> 35 o más horas |

**¿Alguna vez fue militar?**

- No  Sí

**¿Cuántos años prestó de servicio activo? \_\_\_\_\_**

**¿Alguna vez lo asignaron a una zona de combate?**

- No  Sí

**¿Ha tenido en un trabajo regular desde su lesión (esto incluiría cualquier trabajo por el cual le pagaron por lo menos el salario mínimo y trabajó sin la ayuda de otra persona como un entrenador de trabajo o terapeuta)?**

**¿En caso afirmativo, cuándo comenzó a trabajar en un empleo estable después de la lesión?**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**¿Cuál es su situación laboral al día de hoy?**

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

**¿En una semana normal, cuántas horas pasa trabajando para obtener dinero, en un empleo o por cuenta propia?**

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

**¿Qué tipo de trabajo realiza en este momento?**

---

**¿Cuál es su salario anual total, basado en su(s) empleo(s) actual(es)?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$9,999 o menos     | <input type="checkbox"/> \$60,000 - \$69,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 - \$19,999 | <input type="checkbox"/> \$70,000 - \$79,999 |
| <input type="checkbox"/> \$20,000 - \$29,999 | <input type="checkbox"/> \$80,000 - \$89,999 |
| <input type="checkbox"/> \$30,000 - \$39,999 | <input type="checkbox"/> \$90,000 - \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> \$40,000 - \$49,990 | <input type="checkbox"/> \$100.000 o más     |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$59,999 |  |

**Cuál categoría describe mejor el ingreso total de su familia del año pasado. Cuando escoja la categoría incluya el ingreso de todos los miembros de la familia que viven con usted, además de su propio ingreso.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$25,000   | <input type="checkbox"/> \$100,000 - \$149,999 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 - \$49,999 | <input type="checkbox"/> \$150,000 - \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$50,000 - \$99,999 | <input type="checkbox"/> \$200.000 o más       |

**¿En una semana normal, cuántas horas pasa realizando actividades hogareñas, incluyendo limpiar, cocinar y criar niños?**

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

**¿En una semana normal cuántas veces está en contacto con la familia y parientes, en persona o por teléfono?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna       | <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces   | <input type="checkbox"/> 5 a 9 veces    |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 veces | <input type="checkbox"/> 20 a 34 veces | <input type="checkbox"/> 35 o más veces |

**¿En una semana normal cuántas veces está en contacto con amigos, en persona o por teléfono? No incluya el contacto con familiares.**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna       | <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces   | <input type="checkbox"/> 5 a 9 veces    |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 veces | <input type="checkbox"/> 20 a 34 veces | <input type="checkbox"/> 35 o más veces |

**Fuera de su cónyuge o pareja, ¿tiene un amigo(a) cercano(a) en el/la cual confía?**

- No       Sí

**¿En una semana normal cuántas veces les da apoyo emocional a otras personas, es decir que escucha sus problemas o los ayuda con sus problemas?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna       | <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces   | <input type="checkbox"/> 5 a 9 veces    |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 veces | <input type="checkbox"/> 20 a 34 veces | <input type="checkbox"/> 35 o más veces |

**¿En una semana normal cuántas veces utiliza el Internet para comunicarse con otros; por ejemplo: mensajes de texto, correo electrónico, reuniones virtuales, redes sociales?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna       | <input type="checkbox"/> 1 a 4 veces   | <input type="checkbox"/> 5 a 9 veces    |
| <input type="checkbox"/> 10 a 19 veces | <input type="checkbox"/> 20 a 34 veces | <input type="checkbox"/> 35 o más veces |

**¿En una semana normal cuántos días sale de su casa y va a algún lugar? Puede ser a cualquier parte. No tiene que ser un lugar “especial”.**

- Ninguno     1 a 2 días     3 a 4 días  
 5 a 6 días     7 días

**¿Cuál es su principal método de transporte motorizado?**

- Conduce vehículo (1)  
 Viaja con alguien más (2)  
 Transporte público (3)  
 Ómnibus especial o servicio de camioneta (4)

**¿En una mes normal, cuántas veces come en un restaurante?**

- Ninguna     1 a 4 veces     5 a 9 veces  
 10 a 19 veces     20 a 34 veces     35 o más veces

**¿En una mes normal cuántas veces va de compras? Incluya las compras en las tiendas, las compras de elementos para el hogar o las compras por diversión.**

- Ninguna     1 a 4 veces     5 a 9 veces  
 10 a 19 veces     20 a 34 veces     35 o más veces

**¿En una mes normal cuántas veces realiza deportes o ejercicios fuera de su casa? Incluya actividades como correr, jugar bolos, ir al gimnasio, nadar, caminar para hacer ejercicios u otras actividades similares.**

- Ninguna     1 a 4 veces     5 a 9 veces  
 10 a 19 veces     20 a 34 veces     35 o más veces

**¿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 una mes normal, cuántas veces va al cine?**

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

**¿En una mes normal, cuántas veces va a ver espectáculos deportivos, como espectador?**

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

**¿En una mes normal, cuántas veces asiste a servicios religiosos o espirituales? Incluya lugares como iglesias, templos y mezquitas.**

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

**En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo (1) | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) | <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo (5)       |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo (2)               |   | <input type="checkbox"/> De acuerdo (6)               |
| <input type="checkbox"/> Más bien en desacuerdo (3)      |   | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo (7) |

**Las condiciones de vida son excelentes:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo (1) | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) | <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo (5)       |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo (2)               |   | <input type="checkbox"/> De acuerdo (6)               |
| <input type="checkbox"/> Más bien en desacuerdo (3)      |   | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo (7) |

**Estoy satisfecho con mi vida:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo (1) | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) | <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo (5)       |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo (2)               |   | <input type="checkbox"/> De acuerdo (6)               |
| <input type="checkbox"/> Más bien en desacuerdo (3)      |   | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo (7) |

**Hasta ahora he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Completamente en desacuerdo (1) | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) | <input type="checkbox"/> Un poco de acuerdo (5)       |
| <input type="checkbox"/> En desacuerdo (2)               |   | <input type="checkbox"/> De acuerdo (6)               |
| <input type="checkbox"/> Más bien en desacuerdo (3)      |   | <input type="checkbox"/> Completamente de acuerdo (7) |

**Desde su alta del centro de rehabilitación)... o\_\_ (en el último año)... ¿Ha pasado usted la noche hospitalizado debido a que estaba enfermo o tuvo una lesión, o por presentar un trastorno psiquiátrico? Si la respuesta fue SÍ, pregunte para cada internación... ¿cuál fue la razón de la hospitalización? Si respondió NO, pase a la siguiente sección**

Hospitalización 1 \_\_\_\_\_

Hospitalización 2 \_\_\_\_\_

Hospitalización 3 \_\_\_\_\_

Hospitalización 4 \_\_\_\_\_

Hospitalización 5 \_\_\_\_\_

**¿Cuántas convulsiones tuvo durante el último año? (desde su alta)**

- |                                   |   |  |   |  |   |
|-----------------------------------|---|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> None (0) | <input type="checkbox"/> Hasta tres convulsions (1) | <input type="checkbox"/> 4-12 convulsiones (2) | <input type="checkbox"/> Al menos una incautación mensual (3) | <input type="checkbox"/> Al menos una convulsión semanal (4) | <input type="checkbox"/> Al menos una convulsión diaria (5) |
|-----------------------------------|---|--|---|--|---|

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

<b>1. Hipertensión o hipertensión arterial?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>2. Insuficiencia cardíaca congestiva?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>3. Un infarto de miocardio o un ataque cardíaco?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>4. Un derrame cerebral?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>5. Alto nivel de colesterol?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>6. Diabetes, nivel alto de azúcar en sangre o azúcar en la orina?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>7. Enfermedad hepática (como hepatitis)?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>8. Artritis reumatoide?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>9. Osteoartritis?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>10. Alguna clase de demencia, como Alzheimer?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>11. Enfermedad de Parkinson?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>12. Ataques de pánico?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>
<b>13. TEP (Trastorno de estrés postraumático)?</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>	
<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>

¿Qué estatura tiene sin zapatos? En pulgadas \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesa sin zapatos? En libras \_\_\_\_\_

¿Dirá que en general su salud es...

- Excelente    Muy buena    Buena  
 Regular    Mala

¿Actualmente fuma cigarrillos todos los días, algunos días o no fuma?

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

Durante los últimos 12 meses, ¿utilizó alguna droga ilegal o algún medicamento sin receta médica?

- No    Sí

¿Ha fumado usted marihuana?

- No    Sí

¿Le prescribieron a usted la marihuana?

- No    Sí

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

- No    Sí

Durante el último mes, ¿cuántos días por semana tomó alguna bebida alcohólica, en promedio? \_\_\_\_\_

Un trago es 1 lata o una botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de sangría, 1 cóctel o 1 copa/trago de licor. Los días que bebe, ¿cuántos bebidas tomó en promedio? \_\_\_\_\_

Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante el último mes tomó cinco o más bebidas en una ocasión? \_\_\_\_\_

**SOLO MUJERES:** Considerando todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces durante el último mes tomó cuatro o más tragos en una ocasión? \_\_\_\_\_

<b>En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?</b>	<b>En ningún momento (1)</b>	<b>Varios días (2)</b>	<b>Más de la mitad de los días (3)</b>	<b>Casi todos los días (4)</b>
<b>a. Poco interés o placer por hacer cosas</b>				
<b>b. Se siente triste, deprimido o sin esperanza</b>				
<b>c. Problemas para dormirse, mantenerse dormido o duerme mucho</b>				
<b>d. Se siente cansado o tiene poca energía</b>				
<b>e. Poco apetito o come en exceso</b>				
<b>f. Se siente mal con usted mismo – o que es un fracasado o se defraudó a sí mismo o a su familia</b>				
<b>g. Problemas para concentrarse en las cosas, como por ejemplo leer el diario o ver televisión</b>				
<b>h. Moverse o hablar tan suavemente que otras personas apenas lo notaron. O lo opuesto – estar tan inquieto o intranquilo que se mueve de un lado a otro mucho más de lo normal</b>				
<b>i. Pensar que estaría mejor muerto o en lastimarse de alguna manera</b>				
<b>j. Estos problemas cuánto le dificultaron hacer su trabajo, realizar las tareas hogareñas o estar con otras personas?</b>				
<input type="checkbox"/> No representaron ninguna dificultad (0) <input type="checkbox"/> Alguna dificultad (1) <input type="checkbox"/> Mucha dificultad (2) <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil (3)				

<b><i>Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas...</i></b>	<b>En ningún momento (1)</b>	<b>Varios días (2)</b>	<b>Más de la mitad de los días (3)</b>	<b>Casi todos los días (4)</b>
<b>a. Se siente nervioso, ansioso o al límite:</b>				
<b>b. No puede detener o controlar las preocupaciones:</b>				
<b>c. Se preocupa mucho por distintas cosas:</b>				
<b>d. Tiene problemas para relajarse:</b>				
<b>e. Sentirse tan inquieto que es difícil sentarse quieto:</b>				
<b>f. Se enoja o irrita fácilmente:</b>				
<b>g. Siente miedo como si algo horrible fuera a ocurrir:</b>				
<b>h. Estos problemas cuánto le dificultaron hacer su trabajo, realizar las tareas hogareñas o estar con otras personas?</b>				
<input type="checkbox"/> No representaron ninguna dificultad (0) <input type="checkbox"/> Alguna dificultad (1) <input type="checkbox"/> Mucha dificultad (2) <input type="checkbox"/> Extremadamente difícil (3)				



**¿En el último año, intentó suicidarse?**

- No       Sí

**¿Dónde vive ahora?**

- 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) \_\_\_\_\_

**Código postal:** \_\_\_\_\_

**¿Con quién vive actualmente?**

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

**¿Cuál es su estado civil actual?**

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

**¿Vive con su cónyuge o su pareja?**

- No       Sí

**¿Actualmente está involucrado en una relación íntima, es decir, una relación romántica o sexual?**

- No       Sí

**¿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

**¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?**

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

**Idioma que se habla:** \_\_\_\_\_

**¿En qué país nació?**

- Estados Unidos (1)  
 Fuera de los Estados Unidos (2)

**País de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Cuántos años lleva viviendo en los Estados Unidos?** \_\_\_\_\_

Su Nombre: \_\_\_\_\_

**¿quien respondió estas preguntas?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Participant (0)</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Hermano / hermana (3)</i>      | <input type="checkbox"/> <i>Otro pariente (7)</i>              |
| <input type="checkbox"/> <i>Esposa/esposo (1)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Hijo (21 años o mayor) (4)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Amigo/a (8)</i>                    |
| <input type="checkbox"/> <i>Madre/padre (2)</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Novio/novia (5)</i>            | <input type="checkbox"/> <i>Profesional que lo atiende (9)</i> |

**Estas son todas las preguntas. Muchas gracias por dedicar el tiempo necesario para contestar este cuestionario. Sus respuestas serán muy útiles. Esperamos comunicarnos nuevamente con usted en \_\_\_\_\_ año(s) para realizarle otra entrevista de seguimiento.**

**Proporcione la siguiente información para que podamos comunicarnos con usted:**

Dirección: _____	Teléfono particular: (____) _____
Ciudad: _____	Número de celular: (____) _____
Estado: _____	Otro número: (____) _____
Código postal: _____	Correo electrónico: _____

**¿Con quién podemos comunicarnos si no podemos ubicarlo a usted?**

Nombre: _____	Teléfono particular: (____) _____
Dirección: _____	Número de celular: (____) _____
Ciudad: _____	Otro número: (____) _____
Estado: _____	Correo electrónico: _____
Código postal: _____	

**Esta persona es mi:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Madre / padre</i> | <input type="checkbox"/> <i>Esposa / esposo</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Hermano/hermana</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Hijo / hija</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Compañero(a) / amigo(a)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Novia/novio</i>     |
| <input type="checkbox"/> <i>Otro: _____</i>   |   |   |