

Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis

Informant Interview

Participant ID: 8000028 02**Sequence Num:**

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 10 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD, 20892-7974, ATTN: PRA 0925-0493. Do not return the completed form to this address.

Where there is a blank () in the text of a question, insert the name of the participant.

Date of
Death: / /

Month

Day

Year

Informant Information**1a. Relación del informante con el difunto:**

- Esposa /o
- Hija /o
- Padre / Madre
- Amistad
- Compañero /a de trabajo
- Otro familiar

- Otro

1b. El nombre del informante (para el uso del entrevistador):

Circumstances Surrounding Death

Me gustaría preguntarle acerca de las circunstancias que rodearon la muerte de (*nombre del fallecido*). Si tiene alguna pregunta a medida que vamos avanzando, por favor hágamela.

- 2.** Por favor cuénteme acerca de la salud del difunto/ la difunta. ¿Cómo era su salud en general? ¿Cómo estaba de salud el día que murió? ¿Cómo fue su muerte?

(Registre una breve sinopsis de los acontecimientos relacionados a la muerte como son descritos por el informante.) Añada una copia escrita de estos eventos al cuestionario.)

Algunas de las preguntas que siguen pueden ser repetitivas con preguntas anteriores, pero nos ayudará volver a preguntarle algunas cosas específicas.

- 3.** ¿Estuvo presente alguna persona cuándo él /ella murió?

Sí No no sabe

Sí "sí" salte a la Pregunta 6

- 4.** ¿Había alguien cercano a ella o él que pudiera oír si él/ella estaba pidiendo ayuda?

Sí No no sabe

- 5.** ¿Cuánto tiempo pasó entre la última vez que fue visto/a con vida y el momento en que fue encontrado/a muerto/a?

menos de 5 minutos

de 5 minutos a 1 hora

1 a 24 horas

más de 24 horas

No sabe

Salte a la pregunta 7

- 6.** Dígame por favor quién estaba presente:

Usted mismo

Enfermera, médico o paramédico

Otra persona

Si es "usted mismo" salte a la pregunta 8

- 7.** ¿Cuándo fue la última vez que usted lo/la vio antes de morir?

Menos de 5 minutos

5 minutos a 1 hora

1 a 24 horas

más de 24 horas

no sabe

History

Las próximas preguntas tienen que ver con el historial médico de (nombre del fallecido).

8. ¿Tenía que permanecer en casa, podía salir solo con ayuda o gran esfuerzo, o salía normalmente sin restricciones?

- permanecía en casa
- podía salir solo con ayuda o gran esfuerzo
- sin restricciones

9. ¿Estuvo hospitalizado/a en algún momento durante las cuatro semanas previas a su muerte?

- sí
- no
- no sabe

Si "no" o "no sabe" salte a la pregunta 12a.

10. ¿Por qué fue hospitalizado/a?

- Enfermedad Coronaria, ataque del corazón, angina de pecho, o paro cardíaco
- Accidente Cerebrovascular o derrame cerebral
- Otra enfermedad cardiovascular
- Otra enfermedad no cardiovascular
- Cirugía de Corazón
- Otro(s) procedimiento(s) quirúrgico(s)
- Procedimiento (s) Diagnóstico(s)
- Otro:
- No sabe

11a. ¿Cuál fue la fecha de la admisión al hospital?

		/			/				
Month			Day			Year			

11b. ¿Cuál fue el nombre y la ubicación del hospital?

12a. ¿Fue (nombre del fallecido) visto/a por un médico en algún otro momento durante las cuatro semanas previas a su muerte?

- sí
- no
- no sabe

Si "no" o "no sabe" salte a la pregunta 13.

12b. ¿Cuál es el nombre y la dirección del médico?

Symptoms

Las próximas preguntas se refieren a síntomas agudos, como dolor, molestias o tensión que pudiera haber sufrido (nombre del fallecido) en el momento de su muerte (desde que comenzó a percibir los síntomas que lo/la obligaron a cambiar o dejar lo que estaba haciendo).

13. ¿Tuvo dolor, molestias o tensión en el pecho, en el brazo izquierdo o en la mandíbula izquierda?

- sí
- no
- no sabe

Si "no" o "no sabe" salte a la pregunta 20.

14. ¿El dolor, la molestia o la tensión fueron específicamente en el pecho?

- sí
- no
- no sabe

15. ¿Estos episodios o síntomas eran nuevos o habían ocurrido previamente?

- síntomas nuevos
- síntomas previos
- no sabe

Si los "Síntomas Nuevos" pase a la pregunta 20.

16. ¿En los últimos tiempos, estos síntomas venían ocurriendo durante más tiempo o con más frecuencia?

- sí
- no
- no sabe

17. ¿Se estaban haciendo más fuertes?

- sí
- no
- no sabe

Si "no" o "no sabe" pregunte 16 y 17, pase a la pregunta 19.

18. ¿A lo largo de qué período de tiempo se hicieron más largos, más frecuentes o más fuertes los episodios?

- días
- semanas
- meses
- no sabe

19. ¿Es posible que no pueda responder a la siguiente pregunta: ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el último episodio de este tipo que sufrió (nombre del fallecido) hasta que dejó de respirar por sí mismo/a?

- Menos de 5 minutos
- Menos de 1 hora
- Menos de 24 horas
- Más de 24 horas
- No sabe

Emergency Medical Care

20. ¿Fue llevado (*nombre del fallecido*) al hospital, a la sala de emergencia, o a cualquier otra instalación de atención de urgencias?

- sí no no sabe

21. ¿Hay alguien más que podríamos localizar que sea capaz de proporcionar información adicional acerca de las circunstancias que rodearon la muerte de (*nombre del fallecido*) o su estado habitual de salud?

- sí no no sabe

Si "No" o "no sabe" salte al guión de cierre de la entrevista.

22. ¿Cuál es su relación con (*nombre del fallecido*)?

- Esposo
- Hija/Hijo
- Padre
- Amistad
- Compañero de trabajo
- Otro pariente

- Otro

23. ¿Cuál es el nombre y la dirección de esta persona?

Guión de cierre de la entrevista: Muchísimas gracias por su ayuda en este importante estudio. ¿Tiene usted alguna pregunta? (*Pause, y continúe si no hay preguntas*) Gracias, de nuevo por su ayuda.

Reliability

24. ¿Cuál es su calificación de la fiabilidad de la entrevista?

- buena
- regularbien
- mala

Notes

<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Month Day Year

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Interviewer ID:

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Data Entry ID: