



# Exam 7

## Arterial Stiffness

Participant ID #:   
Acrostic:

Technician ID:   
Date:  /  /   
Month Day Year

### Transcribe from participant visit records:

Age       Height .  cm       Weight .  lbs       Male  
 Female  
Heart Rate:  bpm      Blood Pressure: Systolic  .       Diastolic  .

### Ask Participant before arterial pulse wave exam:

1. ¿Ha comido usted en las últimas 8 horas?

- Yes →
- No

1a. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última comida o merienda?  Hours  Minutes  
1b. ¿Lo último que usted consumió fue?  Meal  Snack  
1c. ¿Qué comió en su última comida o merienda? \_\_\_\_\_

2. ¿Ha consumido usted bebidas con cafeína tales como café, bebidas energéticas o refrescos con cafeína, en las últimas 4 horas?

- Yes →
- No

2a. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última bebida con cafeína?  Hours  Minutes

3. ¿Ha fumado usted un cigarrillo o un cigarrillo electrónico en las últimas 4 horas?

- Yes →
- No

3a. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde su último cigarrillo o cigarrillo electrónico?  Hours  Minutes



# Exam 7 Arterial Stiffness

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

### Results of the arterial pulse wave exam:

Complete →

Quality of waveform:  Good  Fair  Poor

Were multiple recordings performed?  Yes  No

Incomplete →

Reason exam incomplete or not done:

- Poor arterial waveform
- Undetectable arterial waveform
- Equipment malfunction
- Time/staff/room constraints
- Examinee refused or uncooperative
- Examinee physically unable
- Other: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonographer ID #: \_\_\_\_\_



## Biosample Collection

10. Time at end of venipuncture:

	:	
Hr		Min

- AM  
 PM

11. Quality of venipuncture:  Traumatic  Clean



*Mark all that apply*

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Vein collapsed | <input type="radio"/> Excessive duration of draw | <input type="radio"/> Vein hard to get at          |
| <input type="radio"/> Hematoma       | <input type="radio"/> Multiple sticks            | <input type="radio"/> Leakage at venipuncture site |

*If tube is not full, but is at least half full, please indicate "Partial" and enter the volume to the nearest mL.*

12. volume per tube:

	<b>Filled</b>			Specify volume (mL): <i>min 1/2 full</i>
	Yes	No	Partial	
a. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
b. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
c. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
d. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
e. Serum 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
f. Serum 5 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
g. EDTA 2 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
h. EDTA 10 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>
i. PAXgene 2.5 mL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/>

*(continued)*

## Biosample Collection

### Hair Collection

13. Was hair collection completed?

- Yes →  
 No

13a. How many follicles were collected (1-10)?

--	--

13b. How many shafts were collected (0-10)?

--	--

13c. Location of hair collection:

- Front or head  
 Left side  
 Right side  
 Top  
 Back

14. Is the participant selected as a quality control subject for serum, hair, and nasal brushing?

- NO  
 YES →

	NO	YES					
Was serum QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Was hair QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Was nasal brushing QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
		↓					
<b>Biosample QC ID:</b>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
	<i>First digit=FC, 2nd digit=9</i>						

## Biosample Collection

15. Is the participant selected as a quality control subject for EDTA and urine?

NO

YES



	NO	YES
Was EDTA QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Was urine QC sample collected?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

↓

**Biosample QC ID:**

*First digit=FC, 2nd digit=9*

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_







### Exam 7 Consent

5. Was Exam 7 consent obtained?

- No —————→ **End**
- Yes, by the participant
- Yes, by the participant's LAR

6. On what date was Exam 7 consent obtained?

Date Signed:  /  /   
Month Day Year

### Consent Items

**Record information from the signed informed consent**

	Yes	No	N/A
Release findings to physician	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medical records release	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b><u>Sharing of data and samples</u></b>			
Other research	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outside investigation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Commercial/For-profit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Storage of samples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Letter to MESA contacts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>Ancillary study procedures</u>	Yes	No	N/A
Extract/Store DNA/RNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cognitive Function Tests	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keep CF Test Recording	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lung CT	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brain MRI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brain PET	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sleep/Heart/Activity Monitors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuous Glucose Monitor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Home Sleep Study	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24H Blood Pressure Monitor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Exam 7

### Cuestionario sobre COVID-19

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

Este formulario recopila información sobre las infecciones por COVID-19 y el historial de vacunación.

1. En total, desde el inicio de la pandemia en EE. UU. (enero de 2020), ¿cuántas veces **cre**e que se ha contagiado de COVID-19?

- 0 contagios (nunca) —————→ **Ir a la pregunta 12**
- 1 contagio (primera infección )
- 2 contagios (segunda reinfección )
- 3 contagios (tercera reinfección )
- Más de 3 contagios \_\_\_\_\_ (escriba el número de reinfecciones )
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

2. Desde la última vez que contestó el cuestionario sobre COVID-19 del MESA hasta ahora, ¿cree o sabe con certeza si ha tenido COVID-19? Si en ocasiones anteriores no contestó las preguntas sobre COVID-19 del MESA, ¿alguna vez se ha contagiado de COVID-19?

- Sí
- No —————→ **Ir a la pregunta 12**
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

**Las siguientes preguntas se relacionan con su contagio más reciente (nuevo) con COVID-19** *Si sabe con certeza o cree que se ha infectado varias veces desde la última vez que contestó el cuestionario, responda las siguientes preguntas con base en su contagio más reciente.*

3. ¿Cuándo se enteró o cree que tuvo COVID-19? Si no lo sabe con certeza, escriba una fecha aproximada.

/   
Mes Año

4. ¿Se hizo una prueba de COVID en ese momento?

- Sí
- No —————→ **Ir a la pregunta 6**



## Exam 7

### Cuestionario sobre COVID-19

5. ¿Cuál fue el resultado de su prueba? Marque todas las opciones que correspondan. “Positivo” significa que la prueba mostró el contagio con COVID-19.

- Prueba de antígeno (“prueba rápida”) realizada en la casa, con resultado positivo
- Prueba de antígeno (“prueba rápida”) realizada en clínica, carpa u otra instalación, con resultado positivo
- Prueba PCR, con resultado positivo
- Prueba con resultado positivo, pero no sé con seguridad si fue una prueba de antígeno o PCR
- El resultado de la prueba fue negativo
- No sé
- Prefiero no contestar

6. ¿Presento algún síntoma?

- Sí
- No → **Ir a la pregunta 8**

7. Cuando los síntomas estaban en el punto más alto, ¿tuvo que dejar de hacer sus actividades diarias?

- En ningún momento
- Un poco
- Algo
- Algunas veces
- Muchas veces

8. ¿Tomó alguno de los siguientes medicamentos? Marque todas las opciones que correspondan.

- Antivirales, como Paxlovid
- Anticuerpos monoclonales
- Esteroides orales, como dexametasona, prednisona o prednisolona
- Antibióticos, como azitromicina “Z-pak”
- Otros medicamentos (especifique): \_\_\_\_\_
- Tomé medicamentos para COVID-19 pero no sé cuáles
- No tomé ningún medicamento para COVID-19
- Prefiero no contestar



## Exam 7

### Cuestionario sobre COVID-19

#### Recuperación de COVID-19

9. ¿Piensa que la recuperación del COVID-19 fue completa al día de hoy?

- Sí
- No → **Ir a la pregunta 11**
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

10. ¿Cuánto tiempo le tomó recuperarse la última vez que se contagió?

Meses       Días

11. ¿Considera que está experimentando o que ha experimentado lo que se conoce como Covid prolongado o que los síntomas persistieron al menos un mes después de que se enfermara?

- Sí
- No
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

#### Vacunación contra el COVID-19

12. ¿Cuántas vacunas contra el COVID-19 ha recibido en total?

- 0 (ninguna) → **Ir a la pregunta 15**
- 1
- 2
- 3
- 4
- Otras: \_\_\_\_\_
- Prefiero no contestar



## Exam 7

### Cuestionario sobre COVID-19

13. ¿En qué fecha se aplicó la vacuna más reciente contra el Covid?

- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

 / 

--	--	--	--

  
Mes                      Año
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

14. ¿Qué vacuna le aplicaron en la última dosis?

- Pfizer
- Moderna
- J&J
- AstraZeneca
- Otra: \_\_\_\_\_
- No lo sé con seguridad
- Prefiero no contestar

15. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

En esta encuesta queremos saber sobre diferentes cosas, buenas y malas, que le han pasado a usted desde la última vez que hablamos. Si usted no completó una encuesta ayer, cuéntenos qué sucedió desde ayer. Las experiencias estresantes y de apoyo que las personas tienen en su vida diaria pueden afectar la salud del cerebro y del corazón. **Es importante que al responder estas preguntas sólo piense en eventos o actividades que sucedieron desde la última vez que hablamos o ayer a esta hora.** Agradecemos que se tome el tiempo para completar esta encuesta todos los días.

1. Desde ayer a esta hora, ¿le dio usted apoyo emocional a alguien, tal como escuchar sus problemas, darle consejos o consolarle (sin contar que usted lo haya tenido que hacer como parte de su trabajo)?

- Sí
- No

2. ¿Dio usted asistencia que no fuera pagada a personas que NO viven con usted? Esto puede ser asistencia informal tal como ayudar a un(a) amigo(a) con las compras o algún trabajo voluntario formal con una organización tal como un centro para personas mayores o una iglesia.

- Sí
- No

3. ¿Recibió usted apoyo emocional de alguien o de alguna organización?

- Sí
- No

4. ¿Recibió usted asistencia que no fuera por paga o consejos útiles de alguien o de alguna organización?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

5. ¿Tuvo usted una discusión o algún desacuerdo con alguien desde ayer a esta hora?

- Sí
- No



Piense en el desacuerdo o discusión más estresante que usted haya tenido desde ayer. ¿Con quién fue?

- Cónyuge o pareja
- Padre/madre
- Hijo(a)
- Otro miembro de la familia
- Amigo(a)
- Extraño(a)
- Otro(a)

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada
- No mucho
- Algo
- Mucho



**Saltar a la Q6**

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina diaria?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de cómo se siente con usted mismo(a) o cómo se sienten los demás acerca de usted?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

6. Desde ayer a esta hora, ¿sucedio algo sobre lo que usted pudo haber discutido pero decidió dejarlo pasar para evitar un desacuerdo?

- Sí
- No



Piense en el incidente más estresante de este tipo.

¿Quién fue la persona con la que decidió no discutir?

- Cónyuge o pareja
- Amigo(a)
- Padre/madre
- Extraño(a)
- Hijo(a)
- Otro(a)
- Otro miembro de la familia

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q7**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de cómo se siente con usted mismo(a) o cómo se sienten los demás acerca de usted?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

7. Desde ayer a esta hora, ¿sucedio algo en un lugar donde usted trabaja o es voluntario(a) (aparte de lo que ya ha mencionado) que la mayoría de la gente encontraría estresante?

- Sí
- No

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q8**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de cómo se siente con usted mismo(a) o cómo se sienten los demás acerca de usted?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

8. Desde ayer a esta hora, ¿sucedio algo en casa (aparte de lo que ya ha mencionado) que la mayoría de la gente encontraría estresante?

- Sí
  - No
- 

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q9**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de cómo se siente con usted mismo(a) o cómo se sienten los demás acerca de usted?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

9. Muchas personas sufren discriminación por motivos como la raza, el sexo o la edad. ¿Le ha pasado algo así a usted, desde ayer a esta hora?

- Sí
- No



¿La discriminación que usted experimentó se basó en...

- su ascendencia u origen nacional?
- su raza?
- su género?
- su edad?
- educación o nivel de ingresos?
- su peso?
- su orientación sexual?
- su religión?
- otro factor?

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q10**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

How much risk did you feel about yourself or how others feel about you?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

10. Desde ayer a esta hora, ¿le sucedió a usted algo a un(a) amigo(a) cercano(a) o a un pariente (aparte de lo que ya ha mencionado) que resultó ser estresante para usted?

- Sí
- No



Piense en el incidente más estresante de este tipo. ¿A quién le pasó esto?

- Cónyuge o pareja
- Otro pariente
- Hijo(a) o nieto(a)
- Amigo(a)
- Padre/Madre
- Otro(a)
- Hermano(a)

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q11**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina diaria?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de cómo se siente con usted mismo(a) o cómo se sienten los demás acerca de usted?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



## Exam 7

### Encuesta Diaria de Estrés

11. Desde ayer, ¿le sucedió a usted algo más que la mayoría de la gente consideraría estresante?

- Sí
- No

¿Cuándo pasó esto?

- Ayer por la tarde o noche
- Esta mañana
- Esta tarde o noche

¿Qué tan estresante fue esto para usted?

- Nada → **Saltar a la Q12**
- No mucho
- Algo
- Mucho

¿Cuánto control tenía usted sobre la situación?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Cuánto riesgo representó esto de interrumpir su rutina

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

How much risk did you feel about yourself or how others feel about you?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

¿Está la situación resuelta?

- Sí
- No



# Exam 7

## Encuesta Diaria de Estrés

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho	Extremadamente
12. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted CONTENTO(A)?	<input type="radio"/>					
13. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto te siente usted FELIZ?	<input type="radio"/>					
14. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted DECEPCIONADO(A)?	<input type="radio"/>					
15. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted TENSO(A)?	<input type="radio"/>					
16. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted ENTUSIASMADO(A)?	<input type="radio"/>					
17. Desde ayer a esta hora, ¿en qué medida se siente usted TRISTE?	<input type="radio"/>					
18. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted MOLESTO(A)?	<input type="radio"/>					
19. Desde ayer a esta hora, ¿hasta qué punto se siente usted EMOCIONADO(A)?	<input type="radio"/>					



**Exam 7**  
**Cuestionario de**  
**Exposiciones**  
**Ambientales**

Participant ID #:   
 Acrostic:   
 Technician ID:   
 Date:  /  /   
 Month Day Year

**Sección A: Características de la Residencia Principal**

Las siguientes preguntas ayudarán a los investigadores del Estudio MESA a comprender cómo la estructura y la ubicación de su hogar están relacionadas con su exposición a la contaminación del aire.

Las primera serie de preguntas se refieren a su residencia principal.

1. ¿En qué tipo de edificio vive usted?

- Casa unifamiliar o independiente → **Saltar a la pregunta 2**
- Casa premanufacturada o casa rodante → **Saltar a la pregunta 2**
- Conjunto de serie de casas/casas de dos pisos/casas o edificios de piedra →
- En un dúplex/triplex, casa independiente →
- Edificio alto de apartamentos/condominios/cooperativa (4 pisos o más) →
- Edificio pequeño de apartamentos/condominios/cooperativa (1 a 3 pisos) →
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

1a. ¿En qué piso vive usted?

- Sótano
- Planta baja
- Segundo piso
- Tercer piso o más

1b. ¿En qué piso? \_\_\_\_\_

2. ¿Usa usted aire acondicionado en su residencia?

- Sí →
- No → **Saltar a la pregunta 3**

2a. ¿Qué tipo de aire acondicionado hay en su residencia?

- Aire acondicionado central
- Unidad de ventana → ¿Cuántas unidades hay?
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

2b. En el pasado mes de julio, ¿con qué frecuencia utilizó el aire acondicionado?

- Nunca
- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días por mes, pero menos de 30 días
- Casi diario (incluya también cambios al termostato)
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_



## Exam 7

### Cuestionario de Exposiciones Ambientales

2c. En el pasado mes de enero, ¿Con qué frecuencia utilizó el aire acondicionado?

- Nunca
- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días por mes, pero menos de 30 días
- Casi diario (incluya también cambios al termostato)
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene en su residencia un purificador /filtrador de aire?

- Sí →
- No → **Saltar a la pregunta 4**
- No sabe → **Saltar a la pregunta 4**

3a. ¿Qué tipo de purificador/filtrador de aire usa? (*Seleccione todos los que corresponda*)

- Filtrador tipo HEPA
- Precipitador electrostático
- Generador de Iones Negativos
- Generador de Ozono
- Filtro para calefacción regular o de fibra de vidrio
- No sabe
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

3b. ¿Con qué frecuencia utiliza el purificador/filtrador de aire?

- Nunca
- Pocos días al mes
- Más de 15 días al mes, pero menos de 30 días
- Diario o casi diariamente
- No sabe



## Exam 7

### Cuestionario de Exposiciones Ambientales

4. ¿Cuáles son las fuentes de calefacción usadas en su hogar? Por favor, díganos cualquiera que se use por lo menos una vez al mes.

	Sí	No	No sabe
Radiadores (de vapor o agua caliente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aire forzado (rejilla de ventilación)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calentador eléctrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiadores de piso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calentador de gas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calentador de queroseno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estufas que queman leña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chimenea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estufas abiertas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Otro, por favor especifica: _____			

En los pasados meses de verano y invierno, por favor indique el número de ventanas que usualmente dejó abiertas en su residencia y con qué frecuencia las dejó abiertas.

5. En **VERANO**, (junio. - agosto.):

5a. ¿Cuántas ventanas abrió usualmente?

- Ninguna —→ **Saltar a la pregunta 6 (Invierno)**
- Todas
- Algunas

5b. ¿Con qué frecuencia abrió las ventanas?

- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días al mes, pero menos de 30 días
- Casi a diario
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_



# Exam 7

## Cuestionario de Exposiciones Ambientales

6. En **INVIERNO**, (diciembre - febrero):

6a. ¿Cuántas ventanas abrió usualmente?

- Ninguna → **Saltar a la pregunta 7 (Residencia Secundaria)**
- Todas
- Algunas

6b. ¿Con qué frecuencia abrió las ventanas?

- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días al mes, pero menos de 30 días
- Casi a diario
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

### Sección B: Residencia Secundaria

7. ¿Pasa usted más de cuatro semanas por año viviendo en otra dirección (residencia secundaria)?

- Sí →
- No

7a. En cada estación del año, ¿cuántas semanas pasa allí?:

Invierno (dic. - feb.):

Primavera (mar-may):

Verano (jun-ago):

Otoño (sep-nov):

**Total de semanas:**

¿Es el total de semanas en el hogar secundario de 8 semanas o más?

- Sí → **Saltar a la pregunta 8**
- No → **Saltar a la pregunta 12**



# Exam 7

## Cuestionario de Exposiciones Ambientales

Las siguientes preguntas se refieren a la estructura y características de su hogar secundario.

8. ¿Usa usted aire acondicionado en su residencia?

- Sí →
- No → **Saltar a la pregunta 9**

8a. ¿Qué tipo de aire acondicionado hay en su residencia?

- Aire acondicionado central
- Unidad de ventana → 

--	--

 ¿Cuántas unidades hay?
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

8b. En el pasado mes de julio, ¿con qué frecuencia utilizó el aire acondicionado?

- Nunca
- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días por mes, pero menos de 30 días
- Casi diario (incluya también cambios al termostato)
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

8c. En el pasado mes de enero, ¿con qué frecuencia utilizó el aire acondicionado?

- Nunca
- Unos pocos días al mes
- Más de 15 días por mes, pero menos de 30 días
- Casi diario (incluya también cambios al termostato)
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

9. En **VERANO** (junio - agosto): ¿Cuántas ventanas abrió usualmente?

- Ninguna
- Todas
- Algunas

10. En **INVIERNO** (diciembre - febrero.): ¿Cuántas ventanas abrió usualmente?

- Ninguna
- Todas
- Algunas



# Exam 7

## Cuestionario de Exposiciones Ambientales

11. ¿Tiene en su residencia un purificador /filtrador de aire (independiente o central)?

- Sí →
- No → **Saltar a la pregunta 12**
- No sabe → **Saltar a la pregunta 12**

11a. ¿Qué tipo de purificador/filtrador de aire usa? (*Seleccione todos los que corresponda*)

- Filtrador tipo HEPA
- Precipitador electrostático
- Generador de Iones Negativos
- Generador de Ozono
- Filtro para calefacción regular o de fibra de vidrio
- No sabe
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

11b. ¿Con qué frecuencia utiliza el purificador/filtrador de aire?

- Nunca
- Pocos días al mes
- Más de 15 días al mes, pero menos de 30 días
- Diario o casi diariamente
- No sabe

### Sección C: Transporte y Desplazamientos

12. ¿Viaja usted, ya sea para ir a trabajar o por otro motivo, más de dos días a la semana?

- Sí
- No → **Saltar a la pregunta 16**

13. En promedio, ¿cuántas horas pasa usted cada día realizando lo siguiente durante su tiempo de viaje?:

a. caminando o andando en bicicleta      horas      minutos

b. en un automóvil privado o taxi      horas      minutos

c. en un autobús      horas      minutos

d. en un tren o metro      horas      minutos

e. otro      horas      minutos    Por favor especifique: \_\_\_\_\_



# Exam 7

## Cuestionario de Exposiciones Ambientales

14. En promedio, ¿qué porcentaje del tiempo pasa usted en los siguientes o al lado de ellos:

Autopistas, vías rápidas, carreteras, caminos de peaje, etc.  %

Otras carreteras y calles principales con mucho tráfico  %

Caminos residenciales o con poco tráfico, calles o senderos  %

15. ¿Qué condiciones de tráfico mejor describen la mayoría de su tiempo de viaje durante el día?

- Poco tráfico, que se mueve al límite de la velocidad
- Mucho tráfico, que se mueve por debajo del límite de la velocidad
- Congestionado o con tráfico que se mueve a vuelta de rueda ("frena y avanza")
- Mucho tráfico, que se mueve al límite de la velocidad o por encima de ella
- No corresponde

### Sección D: Ubicación y Actividades

16. Usualmente, ¿pasa usted **2 horas o más al día o 10 o más horas a la semana** en un solo sitio fuera de su casa (ya sea durante el trabajo, escuela, trabajo voluntario, en actividades sociales, etc.) o realizando una actividad específica?

- Sí
- No → **Saltar a la pregunta 19**

17. ¿Este sitio es interior o al aire libre?

- Lugar en el interior
- Lugar al aire libre → **Saltar a la pregunta 19**

18. ¿Qué hace usted en este sitio?

- Escuela → **Saltar a la pregunta 19**
- Trabajo →
- Voluntario →
- Hobby (Pasatiempo)
- Otro, por favor especifica: \_\_\_\_\_

18a. Describa brevemente el tipo de industria en la que trabaja o en la que realiza trabajo como voluntario:

18b. Describa brevemente las actividades relacionadas con su trabajo o trabajo como voluntario:

18c. ¿Está expuesto regularmente a vapores, gases, polvo o humos?

- Sí
- No



## Exam 7

### Cuestionario de Exposiciones Ambientales

19. Aproximadamente, ¿cuántas horas al día pasa usted al aire libre en cada una de las siguientes cuatro estaciones?

Invierno (dic. - feb.):

Primavera (mar-may):

Verano (jun-ago):

Otoño (sep-nov):

### Sección E: Pasatiempos

20. ¿Participa usted en alguno de los siguientes pasatiempos o intereses?

	Sí	No	No sabe
Fabricación o reparación de joyas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elaboración de vitrales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soldadura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alfarería y cerámica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fabricación, corte o colocación de baldosas (azulejos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reciclar o reparar baterías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reparación de vehículos de motor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cacería con armas, practicar con armas de fuego y balas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# Exam 7

## Cuestionario de Exposiciones Ambientales

### Sección F: Cuestionario de Frecuencia de Alimentos

21. Ahora le voy a preguntar, en promedio, con qué frecuencia usted comió ciertos alimentos durante el último año. Sus opciones serán nunca, algunas veces al año, 2 o 3 veces al mes, una vez a la semana, dos veces a la semana, 3-4 veces a la semana, 5-6 veces a la semana o todos los días.

	Nunca	Unas cuantas veces al año	2-3 veces al mes	Una vez por semana	2 veces a la semana	3-4 veces a la semana	5-6 veces a la semana	Todos los días
Jugo de manzana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugo de uva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugo de pera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz blanco o platos hechos con arroz blanco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arroz integral o platos hechos con arroz integral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leche de arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jarabe o sirope de arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cereal de arroz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carnes de riñón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espinaca, lechuga, otra verdura o vegetal de hoja verde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante



# Examen 7 Formulario de Historia Familiar

Participant ID #:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

1. ¿Tiene usted algún familiar de primer grado (tales como padres biológicos, hermanos completos o hijos biológicos) que tenga o haya tenido deterioro del conocimiento, demencia o enfermedad de Alzheimer?

- Sí —————> **Complete la sección de deterioro cognitivo, demencia o enfermedad de Alzheimer a continuación**
- No —————> **Ir a la pregunta 2**
- Desconocido —————> **Ir a la pregunta 2**

**Proporcione detalles a continuación para cada pariente de primer grado, incluyendo padres, hermanos e hijos.**

**1a. Padres Biológicos**

	Demencia?		Enfermedad de Alzheimer's?		Deterioro del conocimiento?		En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Madre							
Padre							

**1b. Hermanos Completos**

	Demencia?		Enfermedad de Alzheimer's?		Deterioro del conocimiento?		En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Hermano(a) 1							
Hermano(a) 2							
Hermano(a) 3							
Hermano(a) 4							
Hermano(a) 5							
Hermano(a) 6							
Hermano(a) 7							
Hermano(a) 8							
Hermano(a) 9							
Hermano(a) 10							
Hermano(a) 11							
Hermano(a) 12							



# Examen 7 Formulario de Historia Familiar

## 1c. Niños Biológicos

	Demencia?		Enfermedad de Alzheimer's?		Deterioro del conocimiento?		En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?
Niño(a) 1	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 2	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 3	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 4	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 5	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 6	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 7	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 8	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 9	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 10	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 11	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
Niño(a) 12	Sí	No	Sí	No	Sí	No	

2. ¿Tiene usted algún familiar de primer grado (padres biológicos, hermanos completos o hijos biológicos) que tenga o haya tenido un accidente cerebrovascular o un ataque isquémico transitorio?

- Sí —————> Complete la sección de accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio a continuación
- No —————> Fin del formulario
- Desconocido —————> Fin del formulario

Please provide details below for each affected first-degree relative including parents, Hermano(a)s, and Niño(a) ren

## 2a. Padres Biológicos

	Ataque cerebral?		En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?	Ataque isquémico transitorio?		En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?
Madre	Sí	No		Sí	No	
Padre	Sí	No		Sí	No	



# Examen 7 Formulario de Historia Familiar

## 2b. Hermanos Completos

Ataque cerebral?      En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?      Ataque isquémico transitorio?      En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?

Hermano(a) 1	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 2	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 3	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 4	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 5	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 6	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 7	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 8	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 9	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 10	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 11	Sí   No		Sí   No	
Hermano(a) 12	Sí   No		Sí   No	

(continued)



# Examen 7 Formulario de Historia Familiar

## 2c. Niños Biológicos

Ataque cerebral?      En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?      Ataque isquémico transitorio?      En caso afirmativo, ¿cuál fue la edad de inicio?

	Sí	No		Sí	No	
Niño(a) 1						
Niño(a) 2						
Niño(a) 3						
Niño(a) 4						
Niño(a) 5						
Niño(a) 6						
Niño(a) 7						
Niño(a) 8						
Niño(a) 9						
Niño(a) 10						
Niño(a) 11						
Niño(a) 12						



# Exam 7

## Salud & Vida

Participant ID #:

Acrostic:

Date:  /  /   
Month Day Year

El siguiente conjunto de preguntas es acerca de situaciones en las que usted puede sentir que ha sido tratado (a) injustamente y cómo usted las enfrenta.

1a. ¿Si usted siente que le han tratado(a) injustamente, por lo general usted...?

- Lo acepta como un hecho de la vida.
- Intenta hacer algo al respecto

1b. ¿Y si usted siente que ha sido tratado(a) injustamente, por lo general usted...?:

- Habla con otras personas al respecto
- Me lo guardo para mí mismo(a)

2. Piense en los momentos en que usted ha experimentado discriminación en su vida y sobre lo que usted hizo.

¿Qué hiciste?			Si usted experimentó discriminación, ¿hizo usted lo siguiente, mucho, algo o un poco?		
	Sí	No	Mucho	Algo	Un poco
a. ¿Lo expresó?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Aceptarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. ¿Ignorarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. ¿Tratar de cambiarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. ¿Guárdaselo para usted mismo(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. ¿Hacer un mayor esfuerzo para demostrar que están equivocados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Salud & Vida

3. ¿Cree usted que alguna vez le han despedido injustamente o le han negado un ascenso?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

4. Por razones injustas, ¿piensa usted que alguna vez no le han contratado para un puesto de trabajo?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No



# MESA Exam 7

## Salud & Vida

5. ¿Alguna vez ha sido usted injustamente detenido(a), revisado(a), interrogado(a), amenazado(a) físicamente o abusado(a) por la policía?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

6. ¿Alguna vez un(a) maestro(a) o asesor(a) le ha desanimado injustamente para que usted no continúe con su educación?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

**Si todas las respuestas a las preguntas 1-6 son negativas, pase a la pregunta 9**



7. ¿Alguna vez se le ha impedido a usted injustamente mudarse a un vecindario porque el propietario o un agente de bienes raíces se negó a venderle o alquilarle una casa o apartamento?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No

8. ¿Alguna vez se mudó usted a un vecindario donde los vecinos le hicieron la vida difícil a usted o a su familia?

- Sí →
- No

**En caso afirmativo:** ¿Cuál fue la razón principal?

- Raza o etnia
- Apariencia física
- Género
- Orientación sexual
- Edad
- Nivel de ingresos/Clase social
- Religión
- Otra

¿Ocurrió esto en los últimos 12 meses?

- Sí
- No



# Exam 7

## Salud & Vida

9. ¿En su vida diaria, ¿con qué frecuencia le ha sucedido alguna de las siguientes cosas?

	Casi todos los días	Al menos una vez por semana	Algunas veces al mes	Algunas veces al año	Menos de una vez al año	Nunca
a. Le han tratado con menos cortesía que otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Le ha tratado con menos respeto que a otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Recibe usted un servicio peor que otras personas en restaurantes o tiendas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. La gente actúa como si pensara que usted no es inteligente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Las personas actúan como si tuvieran miedo de usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Las personas actúan como si pensarán que usted no es honesto(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. La gente actúa como si fueran mejor que usted	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Le llaman por sobrenombres o le insultan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Usted es amenazado(a) o acosado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante



# MESA Exam 7

## Historial Médico

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

**A continuación le hacemos algunas preguntas sobre sus antecedentes médicos. Por favor responda lo mejor que pueda.**

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algunas de las afecciones siguientes?

	Sí	No	No sabe
1. Insuficiencia renal que requiere diálisis o trasplante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Diabetes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Hipertensión (presión sanguínea alta)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Hipercolesterolemia (colesterol alto)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Deficiencia de B12?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Fibrilación auricular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Enfisema o Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Asma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Dislexia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Enfermedad de Parkinson (PD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**En caso afirmativo** →

a. ¿Año del diagnóstico de la PD?

11. ¿Trastorno de estrés postraumático (PTSD)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ¿Trastorno bipolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Esquizofrenia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Depresión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**En caso afirmativo** →

14a. ¿Se le diagnosticó a usted depresión en los últimos 2 años?

- Sí, En los últimos 2 años
- No, Hace más de 2 años



# MESA Exam 7

## Historial Médico

¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene algunas de las afecciones siguientes?

- |  | Sí                    | No                    | No sabe               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. ¿Ansiedad?                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. ¿Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD)?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. ¿Algún otro trastorno siquiátrico no mencionado? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso afirmativo

17a. ¿Cuál fue el diagnóstico de trastorno psiquiátrico?

\_\_\_\_\_

17b. ¿Se le diagnosticó a usted depresión en los últimos 2 años?

- Sí, En los últimos 2 años  
 No, Hace más de 2 años

- |                                  | Sí                    | No                    | No sabe               |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. ¿Lesión cerebral traumática? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso afirmativo

18a. ¿Lesión cerebral traumática con pérdida de consciencia breve (<5 minutos)?

- No     Una vez     Repetidas/múltiples veces     No sabe

18b. ¿Lesión cerebral traumática con pérdida de consciencia prolongada (> 5 minutos)?

- No     Una vez     Repetidas/múltiples veces     No sabe

18c. ¿Lesión cerebral traumática sin pérdida de consciencia (como la que podría estar causada por detonaciones militares o lesiones deportivas)?

- No     Una vez     Repetidas/múltiples veces     No sabe

18d. ¿En qué año fue su lesión cerebral traumática más reciente?

--	--	--	--

- |  | Sí                    | No                    | No Sabe               |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 19. ¿Está actualmente tomando aspirina en forma regular? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

En caso afirmativo

19a. ¿Cuántos días a la semana?  días



# MESA Exam 7

## Historial Médico

20. ¿Tiene usualmente tos casi todos los días durante 3 meses o más en el año?

- Sí
- No

¿Por cuántos años ha tenido esta tos?

 

años

21. ¿Elimina usualmente flema del pecho casi todos los días durante 3 meses o más en el año?

- Sí
- No

¿Por cuántos años ha eliminado flema del pecho de esta manera?

 

años

22. En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido respiración jadeante o silbidos de pecho?

- Sí
- No

22a. En los últimos 12 meses, ¿Con cuánta frecuencia ha tenido respiración jadeante o silbidos en el pecho? *(Lee las opciones)*

- casi todos los días o noches
- algunos días o noches **al mes**
- algunos días o noches **a la semana**
- algunos días o noches **al año**

22b. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un ataque de respiración jadeante o silbidos de pecho que le hizo sentir que le faltó la respiración?

- Sí
- No

	Sí	No	No sabe
--	----	----	---------

23. ¿No puede caminar debido a una afección aparte de la falta de aire?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------



**Ir Q29**

24. ¿Tiene falta de aire cuando camina apurado en un terreno llano o sube una loma?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

25. ¿Camina más despacio que las personas de su misma edad sobre un terreno llano porque le falta el aire o tiene que parar para respirar cuando camina a su propio paso sobre un terreno llano?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

26. ¿Se detiene para respirar después de caminar aproximadamente 100 yardas o después de caminar unos pocos minutos sobre terreno llano?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------

27. ¿Experimenta mucha falta de aire para salir de la casa o tiene falta de aire cuando se viste?

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------



## MESA Exam 7

### Historial Médico

28. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido usted un período en el que tuvo problemas respiratorios que empeoraron tanto que interfirieron con sus actividades diarias habituales o le hicieron faltar al trabajo? ?

- Sí →
- No
- No sabe

28a. ¿Cuántos de estos episodios ha tenido en los últimos 12 meses?

- No sabe

28b. ¿Para cuántos de estos episodios necesitó visitar a un médico o a otro proveedor de atención de salud en los últimos 12 meses?

- No sabe

28c. ¿A causa de cuántos de estos episodios le hospitalizaron incluida una noche en los últimos 12 meses?

- No sabe

28d. En total, ¿cuántos días en total estuvo usted hospitalizado(a) por problemas respiratorios en los últimos 12 meses?

- No sabe

29. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante





# Exam 7 Medicamentos

## Section C Medicamentos sin receta médica

3. Copy the name of the medicine, the strength (include units), and the total number of doses prescribed per day/week/month. Include all pills, liquid medications, eye drops, creams, salves, inhalers (puffers), and supplements.

4. En promedio, durante las últimas dos semanas, ¿cuántas de estos tomó por día/semana/mes?

**Medication Name**

*Print the first 20 letters only - please print clearly*


**Strength (mg, IU, etc.)**

*Write the decimal as one of the digits*


__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M

Number unable to transcribe: 

--	--



# Exam 7 Medicamentos

## Section D Vitaminas y Suplementos

**Vitamin/Supplement Name**

*Print the first 20 letters only - please print clearly*


**Strength (mg, IU, etc.)**  
*Write the decimal as one of the digits*


En promedio, durante las últimas dos semanas, ¿cuántas de estos tomó por día/semana/mes?

__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M
__	D	W	M

Number unable to transcribe: 

--	--

Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Exam 7

### Cuestionario sobre el Vecindario

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:

Month

Day

Year

Las cosas sobre los vecindarios de las personas pueden ser importantes para su salud. Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre cómo es vivir en su vecindario. Por vecindario nos referimos al área alrededor de donde usted vive y alrededor de su casa. Eso puede incluir lugares donde usted compra, instituciones religiosas o públicas o un distrito comercial local. Es el área general alrededor de su casa donde usted puede realizar tareas rutinarias, como ir de compras, ir al parque o visitar a los vecinos. **Piense en su vecindario como el área a una distancia de 20 minutos a pie o aproximadamente a una milla de su casa.**

Por favor tómese el tiempo para responder con cuidado, pero no dedique demasiado tiempo a una sola pregunta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Agradecemos que usted se tome el tiempo para completar este cuestionario.

1. En este momento, ¿cuál es la probabilidad de que usted recomiende este vecindario como un buen lugar para vivir?

- Muy probable
- Un poco probable
- Un poco improbable
- Muy improbable

2. En una **semana promedio**, ¿cuánto tiempo diría usted que pasa en su vecindario? Cuando piense en el tiempo que usted pasa en su vecindario, incluya el tiempo que usted pasa en su hogar (incluyendo el tiempo que duerme), así como el tiempo que pasa haciendo cosas en su vecindario. Elija la mejor opción para cada uno de los periodos de tiempo.

	Todo o casi todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Aproximada mente la mitad del tiempo	Algo de tiempo	Ningún o casi ningún tiempo
--	-------------------------------	---------------------------------	---	-------------------	--------------------------------

### Sábado y domingo

- |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Durante el día (8AM a 6PM) | <input type="radio"/> |
| Por las tardes (6-9PM)     | <input type="radio"/> |
| Por las noches (9PM a 8AM) | <input type="radio"/> |

### De lunes a viernes

- |                            |                       |                       |                       |                       |                       |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Durante el día (8AM a 6PM) | <input type="radio"/> |
| Por las tardes (6-9PM)     | <input type="radio"/> |
| Por las noches (9PM a 8AM) | <input type="radio"/> |

Ahora le voy a preguntar sobre las veces que usted sale de su casa y de su vecindario.

3. Durante una semana típica, ¿sale usted de su vecindario?

- Sí →
- No

4. En una semana típica, ¿con qué frecuencia sale usted de su vecindario?

- Menos de una vez a la semana
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días
- No sé
- No deseo contestar

5. Durante una semana típica, si el clima lo permite, ¿sale usted de la casa?

- Sí →
- No

6. En una semana típica, ¿con qué frecuencia sale usted de su casa?

- Menos de una vez a la semana
- De 1 a 3 veces a la semana
- De 4 a 6 veces a la semana
- Todos los días
- No sé
- No deseo contestar

## Cuestionario sobre el Vecindario

Para cada una de las declaraciones, elija la mejor opción para indicar si usted está de acuerdo o no. Al responder estas preguntas, piense en su vecindario como el área dentro de una caminata de aproximadamente 20 minutos (o aproximadamente una milla) desde su hogar.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Imparcial (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
7. En mi barrio hay mucha basura por la calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hay mucho ruido en mi barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. En mi vecindario los edificios y las casas están bien mantenidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Todas las personas pueden acceder fácilmente a los edificios y casas en mi vecindario, independientemente de sus habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi barrio es agradable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mi barrio es un gran lugar para los adultos mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Es agradable caminar por mi barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Hay mucho zacate o pasto, árboles y otra vegetación en mi vecindario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Los árboles de mi vecindario dan suficiente sombra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. En mi vecindario los espacios verdes y la vegetación (por ejemplo, parques, jardines, áreas naturales) son de alta calidad y están bien mantenidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Imparcial (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
17. Mi vecindario tiene espacios públicos disponibles y acogedores (Por ejemplo, parques, plazas, jardines públicos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. En mi vecindario hay lugares para reunirme con otras personas (por ejemplo, cafeterías, barberías, iglesias, bibliotecas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. En mi barrio es fácil caminar a distintos lugares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Muchas veces veo a otras personas caminando por mi barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Las calles de mi vecindario están bien iluminadas por la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mi vecindario tiene muchas banquetas y cruces peatonales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. En mi vecindario las calles y banquetas están en buen estado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. En mi vecindario las señales para peatones dan suficiente tiempo para cruzar las calles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. En mi vecindario las intersecciones tienen cortes en las banquetas (una pequeña rampa construida en los bordes de una banqueta para que sea más fácil para las personas pasar de la acera a la calle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Imparcial (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
26. Con frecuencia limito las actividades afuera en mi vecindario para evitar una caída	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. En mi vecindario veo con frecuencia a personas haciendo ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. En mi vecindario hay lugares para que la gente descanse durante los paseos (por ejemplo, bancas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Mi vecindario tiene mucho tráfico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Hay tiendas a poca distancia de mi casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. En mi vecindario yo podría llegar a donde necesito ir incluso sin un automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. En mi vecindario los lugares de interés están bien marcados con señales visibles (es decir, hay señales fáciles de encontrar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. En mi vecindario hay baños de acceso público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. En mi barrio es fácil encontrar gran variedad de frutas y verduras frescas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. En mi vecindario hay una gran selección de alimentos bajos en grasa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. En mi barrio hay muchos sitios para comprar comidas rápidas (fast foods)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Imparcial (ni de acuerdo ni en desacuerdo)	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
37. Me siento seguro caminando en este vecindario, de día y de noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. En mi barrio la violencia es un problema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Mi vecindario está a salvo de la delincuencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. La gente de por aquí está dispuesta a ayudar a sus vecinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. En mi vecindario la gente no se lleva bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Se puede confiar en la gente de mi barrio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. La gente de mi barrio no comparte los mismos valores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. En mi vecindario hay oportunidades para aprender nuevas habilidades e información (por ejemplo, cursos universitarios, conferencias en la biblioteca, eventos de educación continua)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Mi vecindario tiene actividades para adultos mayores (por ejemplo, en centros comunitarios, centro para personas mayores, bibliotecas u otros lugares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. En mi vecindario hay una gran cantidad de arte público (p. ej., murales, esculturas u otras instalaciones artísticas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47. Por favor indique si usted participa regularmente en las actividades de cada tipo de organización con personas de su vecindario.

	Sí	No
a. Una asociación de vecinos tal como una asociación del bloque, una asociación de propietarios o de inquilinos o un grupo de vigilancia del crimen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Grupos religiosos u organizaciones benéficas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Asociaciones de padres y maestros u otros grupos de servicio o apoyo escolar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Organizaciones juveniles como ligas deportivas juveniles o los scouts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Clubes o asociaciones de personas mayores o envejecientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Un sindicato (unión)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Una asociación profesional, asociación comercial, asociación agrícola o comercial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Clubes o ligas deportivas para adultos o un club de actividades al aire libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Grupo literario, artístico, de discusión o de estudio o un grupo musical, de baile o de canto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Cualquier otro club de aficionados o sociedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K Organizaciones étnicas, de nacionalidad o de derechos civiles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Otros grupos de interés público, grupos políticos o comités de partidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ahora le haremos algunas preguntas sobre cómo su vecindario podría estar cambiando. Pensando en los cambios en su vecindario, por favor identifique el grado en que se han producido los siguientes cambios. Al responder estas preguntas, piense en las formas en que su vecindario puede haber estado cambiando **en los últimos tres a cinco años o en la forma en que está cambiando actualmente.**

	No está pasando	Está pasando un poco	Está pasando mucho	No sé
48. Se abren nuevos negocios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Los negocios que han estado por mucho tiempo están siendo reemplazados por negocios diferentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Están abriendo tiendas de comestibles más caras o más elegantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. El costo de la vivienda ha aumentado (ya sea para alquilar o comprar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Construcción de nuevos edificios en terrenos baldíos o para reemplazar edificios antiguos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Construcción de recursos nuevos o mejorados, como parques, carriles para bicicletas, tránsito o aceras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. La gente está "renovando" propiedades, comprándolas y reparándolas para alquilarlas o venderlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Los cambios generan tensión o conflicto entre mis vecinos y yo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Cuestionario sobre el Vecindario

Estas preguntas le pedirán que nos diga cómo usted se siente acerca de cualquier cambio que pase dentro de su vecindario. Califique qué tan de acuerdo o no usted está con cada declaración, desde "totalmente de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo".

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ninguno de los dos	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No aplica
60. Si yo tuviera que mudarme ahora mismo, yo podría pagar para comprar una casa o departamento similar dentro de mi vecindario	<input type="radio"/>					
61. Me siento bienvenido(a) en la mayoría de los negocios nuevos en mi vecindario	<input type="radio"/>					
62. Yo siento que la personalidad de mi vecindario ha cambiado	<input type="radio"/>					
63. Yo confío en las personas que se mudan a mi vecindario	<input type="radio"/>					
64. Me siento bien con los cambios que están ocurriendo en mi vecindario	<input type="radio"/>					
65. Yo tengo miedo de que me empujen o me obliguen a salir de mi vecindario	<input type="radio"/>					
66. Yo apoyaría los cambios en mi vecindario (por ejemplo, nuevas tiendas, aceras, parques) incluso si los cambios hacen que sea más costoso para mí vivir aquí	<input type="radio"/>					
67. Los cambios en mi vecindario son para gente como yo	<input type="radio"/>					
68. Los cambios que ocurren en mi vecindario me hacen sentir inseguro(a) de que me quedaré aquí	<input type="radio"/>					
69. Siento que puedo decir algo sobre los cambios que ocurren en mi vecindad	<input type="radio"/>					

Finalmente, le haremos algunas preguntas sobre cómo usted se mueve en su vecindario.

70. ¿Actualmente, usted conduce/maneja?

- Sí
- No

71. Seleccione la forma en que se desplaza más a menudo por su vecindario (*seleccione una*).

- Conduzco/Manejo
- Hace que alguien le lleve
- Usa transporte público
- Viaje compartido o un taxi
- Camino
- Uso bicicleta

Gracias por su tiempo en responder a estas preguntas. Sus respuestas ayudan a los investigadores a comprender los vecindarios y su impacto en la salud.





**Complete estas preguntas por la noche antes de acostarse.**

¿Hizo usted ejercicios hoy?

- Sí       No

Si responde "Sí", ¿a qué hora(s) hizo usted ejercicios hoy?

Tiempo 1:  :   AM    PM

Tiempo 2:  :   AM    PM

Tiempo 3:  :   AM    PM

¿Tomó usted una siesta hoy?

- Sí       No

Siesta 1:

Hora a la que comenzó

:   AM  
 PM

Hora a la que terminó

:   AM  
 PM

Siesta 2:

Hora a la que comenzó

:   AM  
 PM

Hora a la que terminó

:   AM  
 PM

Siesta 3:

Hora a la que comenzó

:   AM  
 PM

Hora a la que terminó

:   AM  
 PM

¿A qué hora comió usted hoy las siguientes comidas?

Desayuno :  :   AM    PM

Almuerzo :  :   AM    PM

Cena :  :   AM    PM

Merienda 1:  :   AM    PM

Merienda 2:  :   AM    PM

Merienda 3:  :   AM    PM

Merienda 4:  :   AM    PM

**Responda esta pregunta si usó el monitor de presión arterial el día o la noche anterior:**

Si toma medicamento para controlar la presión arterial, ¿a qué hora lo tomó el día de hoy?

Tiempo 1:  :   AM    PM

Tiempo 2:  :   AM    PM

Tiempo 3:  :   AM    PM



Participant ID #:  Acrostic:

Date:  /  /   
Month Day Year

### MESA Exam 7: Participant Tracking

Current tracking information from the MESA database is printed in the space below.

Record tracking information changes reported during the interview in the space below. Enter all changes into the MESA database.

#### A. Participant Information

Is this a street address or mailing address?

Street  Mailing

→ *If Mailing address, enter street address here*

Is the primary mailing address outside the US?

Yes  No

¿Podemos contactarlo por correo electrónico o mensajes de texto (*marque todas las que apliquen*)?

Email  Text

Changes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If new address, enter the month and year of change:

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Street address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### B. Secondary Residence

If a secondary residence is listed, ask participant if they still use the secondary residence at this address:

→

If yes, go to Section C Contacts/Proxies

If no, enter the month and year of end of use:

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_

Does participant have another secondary residence that they use?:



Address of secondary residence: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If no secondary residence is listed, ask the participant if they have a secondary residence:

If participant has a secondary address (a place he/she lives 4 or more weeks per year), enter address. →

When did participant begin use of this secondary address?

Month: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_



## MESA Exam 7: Participant Tracking

### C. Contacts/Proxies

¿Podemos enviar a [Contact Name] un folleto o boletín para informarle sobre MESA y su función como su persona de contacto para MESA? Si usted acepta, le enviaremos a él/ella un boletín a la dirección que usted proporcionó.

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Podemos enviar a [Contact Name] un folleto o boletín para informarle sobre MESA y su función como su persona de contacto para MESA? Si usted acepta, le enviaremos a él/ella un boletín a la dirección que usted proporcionó.

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

¿Podemos enviar a [Contact Name] un folleto o boletín para informarle sobre MESA y su función como su persona de contacto para MESA? Si usted acepta, le enviaremos a él/ella un boletín a la dirección que usted proporcionó.

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

---

---

---

---



### MESA Exam 7: Participant Tracking

¿Podemos enviar a [Contact Name] un folleto o boletín para informarle sobre MESA y su función como su persona de contacto para MESA? Si usted acepta, le enviaremos a él/ella un boletín a la dirección que usted proporcionó.

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Podemos enviar a [Contact Name] un folleto o boletín para informarle sobre MESA y su función como su persona de contacto para MESA? Si usted acepta, le enviaremos a él/ella un boletín a la dirección que usted proporcionó.

Yes  No

Check if used as proxy for this interview

Changes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál de sus contactos es la mejor persona para proporcionar información sobre su estado de salud o cualquier hospitalización que pueda haber tenido si no podemos localizarlo a usted?

Select one from above \_\_\_\_\_ Any  None

Other proxy (Record the following information only if interview is completed by proxy other than those listed above or on previous page.)

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Relationship to parent: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_



## MESA Exam 7: Participant Tracking

En el examen clínico anterior se le solicitó que nombrara a una o dos personas que le conocieran bien (pareja, hijo, hija, familiar o amistad) denominada(s) "Informante(s) del estudio", quien o quienes tendría la disposición de (1) acompañarlo(a) a la consulta o (2) recibir una llamada telefónica de parte de nuestro equipo. Su "Informante del estudio" nos comentará sobre los cambios recientes en su estado de salud y responderá preguntas sobre su memoria, concentración y habilidades funcionales. La llamada telefónica con el "Informante del estudio" durará 15 minutos.

¿Con cuál de sus contactos del MESA le gustaría que nos comunicáramos para que sea su Informante del estudio? Si el contacto no aparece, agréguelo como Contacto del estudio MESA. .

- Select a contact from those listed above: Contact Name \_\_\_\_\_
- Do not speak to my contacts about my health status

<b>D. Health Care Providers</b>	Changes: _____ _____ _____
	Changes: _____ _____ _____
	Changes: _____ _____ _____



# Exam 7

## Historia Personal

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:   /   /      
Month / Day / Year

**En este formulario le pedimos información sobre su estilo de vida y antecedentes que pueden influir en que usted desarrolle enfermedades cardiovasculares. Por favor responda a todas las preguntas, menos las que le pidamos que salte. Si no está seguro de la respuesta a alguna de las preguntas, por favor responda lo mejor que pueda. Si usted tiene una duda acerca de una pregunta en particular, pídale a un miembro del personal que se la aclare.**

1. En su último examen de MESA, usted describió su trabajo en la actualidad como [current occupation]. ¿Ha cambiado su situación laboral?

- No
- Sí

1a. De las siguientes frases elija la que mejor describe su ocupación actual:

- Tareas del hogar (no trabaja actualmente)
- Empleado (o empleado por cuenta propia) a tiempo completo
- Empleado (o empleado por cuenta propia) a tiempo parcial
- Empleado, pero de baja (con licencia) por enfermedad
- Empleado, pero fuera del trabajo temporalmente (no por motivos de salud)
- Desempleado o sin trabajo durante 6 meses o menos
- Desempleado o sin trabajo durante más de 6 mese
- Jubilado de la ocupación usual y sin trabajar
- Jubilado de la ocupación usual pero con un trabajo remunerado

2. ¿Cuál es el grado o nivel de escolaridad más alto que ha completado?

- No escolaridad
- Grados 1-8
- Grados 9-11
- Secundaria completada (12mo grado) o GED  GED
- Algo de universidad, sin obtener título  ¿Cuántos años de universidad? \_\_\_\_\_
- Certificado de escuela técnica
- Título de Asociado (AA/AS)
- Título de Licenciatura (BA, AB, BS)
- Título de Posgrado  \_\_\_\_\_
- Algunos años de escuela de posgrado, sin obtener título  ¿Cuántos años de posgrado? \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Maestria	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Doctor en Cirugía
<input type="checkbox"/> Doctorado	<input type="checkbox"/> Doctor en Leyes	<input type="checkbox"/> Doctor en Cirugía Dental



## Exam 7

### Historia Personal

3. ¿Qué idioma se habla generalmente en su hogar (por favor marque todos los que correspondan)?

- Inglés
- Español
- Cantonés
- Mandarín
- Otro : \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Casado
- Nunca me he casado (o el matrimonio se anuló)
- Viudo
- Viviendo como casado / con una pareja
- Divorciado
- No sé
- Separado

Las siguientes preguntas tienen que ver con las finanzas de su familia. Sabemos por otros estudios que la situación económica es un factor importante a considerar cuando se trata de entender la salud de las personas. Las preguntas que aparecen a continuación nos ayudarán a entender mejor las diversas situaciones económicas que viven las personas que participan en MESA. Cualquier información que usted proporcione es estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines de investigación científica.

5. A continuación hay un listado de grupos de ingresos. Por favor marque el grupo que mejor representa el total de sus ingresos familiares durante los pasados 12 meses. Éste incluye el ingreso total antes de impuestos para el año pasado de todos los miembros de la familia que viven con usted. Por favor incluya los sueldos de trabajo, los ingresos netos de los negocios, de agricultura o rentas, pensiones, dividendos, asistencia pública (welfare), pagos del seguro social y cualquier otro dinero recibido por usted u otro miembro de su familia que vive en la misma casa.

- Menos de \$5,000
- \$20,000 - \$24,999
- \$50,000 - \$74,999
- \$5,000 - \$7,999
- \$25,000 - \$29,999
- \$75,000 - \$99,999
- \$8,000 - \$11,999
- \$30,000 - \$34,999
- \$100,000 - \$124,999
- \$12,000 - \$15,999
- \$35,000 - \$39,999
- \$125,000 - \$149,999
- \$16,000 - \$19,999
- \$40,000 - \$49,999
- \$150,000 o más

5a. Incluyéndolo a usted, ¿cuántas personas viven de los ingresos listados en la pregunta anterior?

\_\_\_\_\_

5b. Incluyéndolo a usted, ¿Cuántas de estas personas son...

*Escriba 00 si nadie en esa categoría de edad es sostenido por el ingreso dado*

¿Niños menores de 18? \_\_\_\_\_

¿Adultos de 65 años o mayores? \_\_\_\_\_



## Exam 7

### Historia Personal

6. ¿Normalmente dónde recibe cuidado médico?

- Oficina de un doctor o clínica
- Sala de emergencias del hospital
- Centro de Atención Urgente
- Otro: \_\_\_\_\_

7. Para ayudarle a cubrir sus gastos médicos, usted tiene en este momento: (*marque todo lo que corresponda*)

- Seguro privado como Blue Cross, Aetna, etc.
- HMO como Kaiser, Ucare, Medica, etc.
- Medicare
- Medicaid
- Seguro a través del Veteran's Administration u otro organismo militar
- Ningún seguro
- Otro: \_\_\_\_\_

8. Esta pregunta es sobre la casa o apartamento en el que usted vive. ¿Usted:

- Alquila
- Paga hipoteca
- Es propietario
- Tiene otros arreglos de vivienda

9. ¿Usted o su familia tienen inversiones como acciones, bonos, fondos mutuales, inversiones para la jubilación u otras inversiones?

- Sí
- No
- No sé

10. ¿Usted o su familia son dueños de algún terreno/negocio/propiedad/apartamentos/casas que no sea en el que usted vive ahora?

- Sí
- Actualmente comprando
- No

11. ¿Usted o su familia tienen carro?

- Sí, un carro
- Sí, más de un carro
- No



## Exam 7

### Historia Personal

12. ¿Cuál es situación de vida actual?

- Vivo solo
- Vivo con otra persona que es un cónyuge o una pareja
- Vivo con otra persona que es un familiar, amigo o compañero de piso
- Vivo con un cuidador que no es mi cónyuge/pareja/familiar/amigo
- Vivo con un grupo en una residencia privada
- Vivo en un hogar grupal (centro de vivienda asistida, hogar de personas mayores, convento)
- No sé

13. ¿En qué tipo de residencia vive?

- Un apartamento/condominio o casa
- Una comunidad de jubilados o una residencia de grupo independiente
- Centro de vivienda asistida/casa familiar de adultos/casa de huéspedes
- Centro de enfermería especializada/hogar de personas mayores/hospital/centro de cuidados terminales (hospicio)
- No sé

14. Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted frecuentemente hace por su cuenta y para lo cual necesita ayuda de otros para poder hacerlo.

¿Necesita usted ayuda con:	Sí	No	Renente a contestar
a. Pagar las facturas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Comprar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Recordar las citas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Conducir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Cocinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Bañarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Exam 7

### Historia Personal

15. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente       Muy buena       Buena       Regular       Mala
- 

Las siguientes dos preguntas se refieren a las actividades que usted puede hacer durante un día típico. ¿Le limita su salud a ctual realizar estas actividades? Si es sí, ¿cuánto?

- |  | Sí, me limita mucho   | Sí, me limita un poco | No, no me limita para nada |
|--|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| 16. ACTIVIDADES MODERADAS, como mover una mesa, empujar la aspiradora, jugar a los bolos o al golf | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      |
| 17. Subir VARIOS tramos de escalera  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>      |
- 

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿ha experimentado alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades habituales A CONSECUENCIA DE SU SALUD FÍSICA?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 18. LOGRÓ MENOS de lo que le gustaría                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Se vio limitado en EL TIPO de trabajo u otras actividades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿estuvo limitado en el tipo de trabajo que hace u otras actividades regulares A CONSECUENCIA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (como sentirse deprimido o ansioso)?

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 20. LOGRÓ MENOS de lo que le gustaría  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. No realizó su trabajo ni otras actividades TAN CUIDADOSAMENTE como suele hacerlo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 

- |   | En lo absoluto        | Un poco               | Moderadamente         | Bastante              | Extremadamente        |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 22. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuánto ha interferido el DOLOR en su trabajo normal (tanto en el trabajo fuera de la casa como en las tareas domésticas)? | <input type="radio"/> |
-



## Exam 7

### Historia Personal

Las siguientes tres preguntas son acerca de cómo se siente y cómo han estado las cosas DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS. Para cada pregunta, por favor, dé una respuesta que se aproxime más a la forma en que se siente. Cuánto tiempo durante las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS -

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastante tiempo	Algunas veces	Poco tiempo	En ningún momento
23. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Tenía mucha energía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS, ¿cuánto tiempo ha interferido su ESTADO DE SALUD FÍSICA O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES en sus actividades sociales (como visitar a familiares, amigos, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SF-12® Health Survey © 1994, 2002 by Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. Todos los derechos reservados SF-12® es una marca registrada de Medical Outcomes Trust

El siguiente grupo de preguntas se refiere al consumo de alcohol, tabaco y drogas.

27. ¿Ha consumido alguna bebida alcohólica en los últimos tres meses?

- Sí
- No → **Saltar a la pregunta 33**

28. Durante los últimos tres meses ¿con qué frecuencia consumió al menos una bebida de cualquier bebida alcohólica?

- Menos de una vez al mes
- Alrededor de una vez al mes
- Alrededor de una vez a la semana
- Algunas veces a la semana
- Diariamente o casi diariamente
- No sé



# Exam 7

## Historia Personal

29. Durante una semana ¿Cuántos vasos de vino tinto o vino rojo bebe usualmente?

Si es menos de 1 por semana escriba 00. (1 vaso se refiere a un vaso de 3.5 onzas, 1 botella = 750 ml = 8 vasos)

30. Durante una semana ¿Cuántos vasos de vino blanco bebe usualmente?

Si menos de 1 por semana escriba 00. (1 vaso se refiere a un vaso de 3.5 onzas, 1 botella = 750 ml = 8 vasos)

31. Durante una semana ¿Cuántas latas, botellas o vasos de cerveza bebe usualmente?

Si es menos de 1 por semana escriba 00. (una lata, botella o vaso refiere a un volumen de 12 onzas, 1 botella = 355 ml = 1 vaso)

32. Durante una semana ¿Cuántas copas de licor o bebidas mezcladas bebe usualmente?

Si menos de 1 por semana escriba 00. (1 copa = 1.5 oz. vaso o un trago)

33. ¿Ha afectado ALGUNA VEZ el uso de alcohol su habilidad para trabajar, conducir o interactuar en situaciones sociales?

- Sí
- No
- No sé
- Renuente a contestar

33a. En el último año ¿ha afectado el uso de alcohol su habilidad para trabajar, conducir o interactuar en situaciones sociales?

- Sí
- No
- No sé
- Renuente a contestar

34. ¿Ha afectado ALGUNA VEZ el uso de drogas u otras sustancias su habilidad para trabajar, conducir o interactuar en situaciones sociales?

- Sí
- No
- No sé
- Renuente a contestar

34a. ¿Puede especificar la droga o la sustancia usada? \_\_\_\_\_

34b. En el último año, ¿ha afectado el uso de drogas u otras sustancias su habilidad para trabajar, conducir o interactuar en situaciones sociales?

- Sí
- No
- No sé
- Renuente a contestar



## Exam 7

### Historia Personal

35. ¿Cuál de las siguientes declaraciones describe mejor su situación actual como fumador?

- Nunca he fumado → **Saltar a la pregunta 40**
- He fumado en el pasado pero lo dejé hace más de 1 año
- He fumado en el pasado pero lo dejé hace menos de 1 año
- Fumo actualmente
- No lo sé

36. ¿Ha fumado en los últimos 30 días?

- Sí
- No
- No sé

37. ¿Durante cuántos años fumó / ha fumado?

\_\_\_\_\_ años

Si usted es un(a) exfumador(a) por favor conteste las siguientes preguntas

38. Por término medio ¿cuántos cigarrillos fumó por día?

\_\_\_\_\_ cigarrillos

Si usted fuma actualmente por favor conteste las siguientes preguntas

39. Por término medio ¿cuántos cigarrillos fuma por día?

\_\_\_\_\_ cigarrillos

40. ¿Fumaba su madre cigarrillos cuando estaba embarazada antes de que usted naciera?

- Sí
- No
- No sé

41. Sólo los que actualmente no son fumadores : Durante el último año aproximadamente ¿cuántas horas por semana estuvo usted en contacto cercano con personas cuando estaban fumando? (p.ej. en su casa, en un automóvil, en el trabajo o en otras habitaciones cercanas)

--	--	--



## Exam 7

### Historia Personal

42. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante



**MESA Exam 7**  
**Physical Activity**  
**Spanish**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
 Month Day Year

By what mode was the questionnaire completed?

- Interviewer-administered
- Self-administered (either on paper or digitally)

Piense en los tipos de actividades que hizo durante una semana típica el mes pasado. Indique por favor si usted hizo o no realizó cada una de las actividades siguientes en una semana típica. Para cada elemento que contesta como Sí, indique el número de días en una semana típica que realizó esas actividades y el promedio de horas y minutos que dedicó a dicha actividad cada día.

**Niveles de intensidad :**

Ligero —————> esfuerzo fácil

Moderado —————> esfuerzo intermedio

Intenso —————> esfuerzo máximo

**Ejemplo:**

Actividades de acondicionamiento	Días/Semana							Horas/Día						Minutos/Día			
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	5+	5	15	30	45
<u>Esfuerzo moderado:</u> Ejercicio aeróbico de bajo impacto (low impact aerobics), bicicleta despacio, remar, natación tranquila, máquinas en el gimnasio de intensidad moderada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>											
Sí No	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>															

En este ejemplo, la actividad se realizó 3 días a la semana, 1 hora y 30 minutos por día.

En una semana típica, durante el mes pasado, realizó:

Tareas del hogar	Días/Semana							Horas/Día						Minutos/Día			
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	5+	5	15	30	45
1. <u>Esfuerzo Ligero:</u> Como cocinar, lavar los platos, planchar, arreglar la casa, lavar la ropa, ir de compras	<input type="radio"/>																
Sí No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>															



# MESA Exam 7

## Physical Activity

En una semana típica, durante el mes pasado, realizó:

Tareas del hogar	Días/Semana	Horas/Día	Minutos/Día
2. <u>Esfuerzo Moderado o intenso:</u> Como limpiar a fondo, lavar el suelo, fregar o frotar, reparaciones caseras, lavar el auto, pasar la aspiradora  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Césped/Patio/Jardín/Granja</b>  3. <u>Esfuerzo moderado:</u> Como limpiar las hierbas, cortar el césped o el pasto, pasar el rastrillo, limpiar el garaje, barrer  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
4. <u>Esfuerzo intenso:</u> Como cavar, quitar nieve con una pala, arreglar vallas, cortar leña  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Cuidado de Niños/Adultos</b>  5. <u>Esfuerzo ligero:</u> Como bañar, alimentar, cambiar pañales, jugar con un niño  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. <u>Esfuerzo moderado:</u> Como levantar y cargar una persona, empujar una silla de ruedas o un carrito para bebé  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Transporte</b>  7. Manejar o viajar en auto, tomar el autobús/metro, incluyendo el viaje al trabajo  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Physical Activity

En una semana típica, durante el mes pasado, realizó:

<b>Caminando (no estoy en el trabajo)</b>	<b>Días/Semana</b>	<b>Horas/Día</b>	<b>Minutos/Día</b>
8. Caminar para ir a sitios - al autobús, al auto, al trabajo, a la tienda  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. Caminar para hacer ejercicio, por gusto, por motivos sociales, caminar durante descansos en el trabajo, pasear el perro  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Baile/Actividades deportivas</b>			
10. Bailar en la iglesia, durante ceremonias o por gusto  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. Deportes de equipo - softball, volleyball, baloncesto (basketball), fútbol  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
12. Deportes de pareja - tenis, frontón, paleta  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
13. Actividades individuales - golf, jugar boliche, bowling o bolos, yoga, Tai Chi  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Physical Activity

En una semana típica, durante el mes pasado, realizó:

Actividades de acondicionamiento	Días/Semana	Horas/Día	Minutos/Día
14. <u>Esfuerzo moderado</u> : Ejercicio aeróbico de bajo impacto (low impact aerobics), bicicleta despacio, remar, natación tranquila, máquinas en el gimnasio de intensidad moderada  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
15. <u>Esfuerzo intenso</u> : Ejercicio aeróbico de alto impacto (high impact aerobics), bicicleta rápida, correr, trotar, nadar rápido, máquinas en el gimnasio de intensidad vigorosa, judo, "kickboxing", karate  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<b>Actividades de pasatiempo</b>			
16. Sentarse o reclinarse y ver la televisión  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
17. Leer, tejer, coser, visitar, no hacer nada, tiempo en la computadora no relacionado con el trabajo  Sí No <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	1 2 3 4 5 5+ <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	5 15 30 45 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

### Actividades de pasatiempo

18. ¿Trabaja para ganar dinero? (si no, salta a Q24)

Sí No

19. ¿Cuántos días a la semana y horas al día trabaja en todos los trabajos?

Días/Semana	Horas/Día
1 2 3 4 5 6 7 <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 <input type="radio"/> <input type="radio"/>



# MESA Exam 7

## Physical Activity

Rellene los círculos para el tiempo que pasó en cada actividad en el trabajo. Las horas por día para todas las actividades deben ser iguales al total de horas por día que trabaja. En el trabajo hiciste:

20. Esfuerzo ligero: Mientras está sentado (por ejemplo, en una oficina, laboratorio, guardería, etc.)

Horas/Día

<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="radio"/>																

Sí No

21. Esfuerzo ligero: Mientras está de pie (por ejemplo, archivando, copiando, oficinista, montaje, enfermería, agricultura, etc.)

Horas/Día

<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="radio"/>																

Sí No

22. Esfuerzo moderado: Mientras está de pie y/o caminando (por ejemplo, enfermería, conserje, tareas domésticas), levantando y empujando, caminando de forma sostenida (por ejemplo, haciendo entregas)

Horas/Día

<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="radio"/>																

Sí No

23. Esfuerzo intenso: Trabajo manual, peón de rancho, trabajo agrícola, levantamiento, transporte, escalada, carga/descarga de camiones

Horas/Día

<1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="radio"/>																

Sí No

### Actividades Voluntarias

24. ¿Trabaja como voluntario y/o en la iglesia en actividades que aún no ha mencionado en esta encuesta? (Si no, salta a Q28)

Sí No



# MESA Exam 7

## Physical Activity

Su trabajo voluntario incluyó:

25. Efuerzo ligero: Sentado o de pie

Sí No

Días/Semana

1 2 3 4 5 6 7

Horas/Día

1 2 3 4 5 5+

26. Efuerzo moderado: De pie o caminando

Sí No

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 5+

27. Efuerzo intenso: Empujar, levantar, cargar, escalar

Sí No

1 2 3 4 5 6 7

1 2 3 4 5 5+

28. Cuando camina fuera de su casa, ¿cuál es su ritmo habitual?

- No caminar en absoluto
- Paseo casual (hasta 2 mph)
- Promedio o normal (2-3 mph)
- Bastante enérgico/a (4-5 mph)
- Enérgico/a o zancadas (más de 5 mph)

29. Questionnaire completed by:

- Participant
- Proxy



# Exam 7

## Cuestionario de Sueño

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

Las siguientes preguntas son acerca de su dormir. Considere tanto lo que otros le han dicho sobre su dormir como también lo que usted mismo(a) sabe.

1. ¿Cuánto duerme usted normalmente cada noche (o durante el mayor tiempo que está en la cama)?

horas  minutos

2. ¿Ha tenido usted problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido(a) o despertarse demasiado temprano que ocurrió tres o más veces por semana y duró 3 meses o más?

- Sí →
- No

a. Si contesta "Sí", ¿cuándo comenzaron estos problemas por primera vez?

- El año pasado
- Hace entre uno y 5 años
- Hace entre 5 y 10 años
- Hace más de 10 años

B. ¿Actualmente tiene usted problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido(a) o con despertarse demasiado temprano?

- Sí
- No

3. En general, ¿cómo fue su sueño típico de la noche, durante las últimas 4 semanas?

- Muy profundo o reparador
- Profundo y reparador
- Calidad promedio
- Inquieto
- Muy inquieto

4. ¿Siente usted que su sueño ha cambiado en los **últimos cinco años**?

- Definitivamente mucho peor
- Algo peor
- Un poco peor
- Más o menos lo mismo
- Un poco mejor
- Definitivamente mucho mejor



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño

5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha roncado?

- Nunca
- Pocas veces (1-2 noches en la semana)
- Algunas veces (3-5 noches en la semana)
- Siempre o casi siempre (6-7 noches en la semana)
- No sé

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tiene momentos en los que deja de respirar durante el sueño?

- Nunca
- Pocas veces (1-2 noches en la semana)
- Algunas veces (3-5 noches en la semana)
- Siempre o casi siempre (6-7 noches en la semana)
- No sé

7. ¿Alguna vez ha experimentado usted el deseo de mover sus piernas debido a molestia o sensaciones desagradables en las piernas?

- Sí
- No
- No sé

a. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de mover las piernas para aliviar el malestar, por ejemplo, caminando o frotándolas?

- Sí
- No
- No sé

b. ¿Empeoran estos síntomas durante el descanso, al menos se alivian temporalmente con la actividad?

- Sí
- No
- No sé

c. ¿Empeoran estos síntomas tarde en el día o en la noche?

- Sí
- No
- No sé

8. ¿Qué tan probable es que usted se quede dormido(a) durante el día cuando no lo desea?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nunca                 | A veces               | Con frecuencia        | Todo el tiempo        |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



# Exam 7

## Cuestionario de Sueño

9. Muchas personas están más alertas por las mañanas y se consideran madrugadores. Otros están más alertas por la noche y se consideran personas nocturnas. ¿Qué se considera usted?

- Definitivamente una persona mañanera
- Más una persona mañanera que nocturna
- Más una persona nocturna que diurna
- Definitivamente una persona nocturna
- No soy ni “persona mañanera” ni “persona nocturna”

Las siguientes preguntas se refieren a los trastornos del sueño diagnosticados.

¿Le ha dicho un médico u otro proveedor de cuidados médicos que usted tiene alguno de los siguientes:

10. ¿Apnea del sueño o apnea obstructiva del sueño?  Sí  No

<p><i>En caso afirmativo:</i> ¿Usa usted alguno de los siguientes para su apnea del sueño?</p>	Sí	No	<p><i>En caso afirmativo:</i> ¿Aproximadamente cuántas noches a la semana usa usted esto? _____</p>	
	¿Una máquina de presión como CPAP, APAP o BiLevel?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	¿Un dispositivo dental mientras duerme (un dispositivo que se coloca en la boca por la noche y que separa las mandíbulas)?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	¿Oxígeno mientras duerme?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

11. ¿Tiene usted insomnio?  Sí  No

<p><i>En caso afirmativo:</i> ¿Usa usted alguno de los siguientes para su insomnio?</p>	Sí	No	<p><i>En caso afirmativo:</i> ¿Aproximadamente cuántas noches a la semana usa usted esto? _____</p>	
	¿Medicamentos de venta sin receta médica?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	¿Pastillas para dormir recetadas (como trazadona, Ambien)?	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>

12 ¿Sufre usted del síndrome de piernas inquietas?  Sí  No



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño

13. ¿Cuál de los siguientes describe mejor su horario regular de trabajo?

- Turno durante día
- Turno de la tarde
- Turno de la noche
- Jornada dividida
- Turno irregular/De guardia
- Turnos rotativos
- No trabaja

Las siguientes preguntas se refieren a sentirse somnoliento(a) o alerta durante el día.

En los últimos 7 días..

	Para nada	Un poquito	Algo	Bastante	Mucho
14. Me daba mucho trabajo hacer las cosas porque tenía sueño.	<input type="radio"/>				
15. Me sentí alerta cuando me desperté.	<input type="radio"/>				
16. Me sentí cansado(a)	<input type="radio"/>				
17. Tuve problemas durante el día debido a la falta de sueño.	<input type="radio"/>				
18. Me costaba concentrarme debido a la falta de sueño.	<input type="radio"/>				

19. Cuestionario contestado por:

- Participante
- Representante



**Exam 7**  
**Cuestionario de**  
**Sueño PSG**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
 Month Day Year

Las siguientes preguntas se refieren a sus patrones típicos de dormir.

1. ¿A qué hora suele usted acostarse (a tratar de conciliar el sueño)?

a. ¿En los días de semana o días laborables? Hr Min AM PM  
 :    *(Tenga en cuenta que la medianoche son las 12:00 A.M.)*

b. ¿Los fines de semana (sábado, domingo) o días libres?  :

2. A qué hora acostumbra usted a levantarse de la cama:

a. ¿En los días de semana o días laborables? Hr Min AM PM  
 :

b. ¿Los fines de semana (sábado, domingo) o días libres?  :

3. ¿Cuánto tiempo suele usted tardar en conciliar el sueño a la hora de acostarse?

horas  minutos

4. Después de despertarse, ¿cuánto tiempo suele usted permanecer en la cama antes de levantarse de la cama?

horas  minutos

5. ¿Cuánto duerme usted normalmente cada noche (o durante la mayor parte del tiempo que está en la cama)?

a. ¿En los días de semana o días laborables?  horas  minutos

b. ¿Los fines de semana (sábado, domingo) o días libres?  horas  minutos



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

6. Durante una semana regular, ¿cuántas veces duerme usted siesta de 15 minutos o más?

Si usted acostumbra a tomar siesta 1 o más veces por semana: Número de siestas

a. En promedio, ¿cuánto dura su siesta típica?

Horas

Minutos

b. En general, ¿estas siestas fueron planeadas o se queda usted dormido (a) sin querer?

- Siestas planeadas
- Se quedó dormido(a) sin planearlo
- Ambos (algunas planeadas, otras no)
- No sé

**Las siguientes preguntas se refieren a la calidad de su sueño.**

Durante **las últimas dos semanas**:

7. En las últimas dos semanas, ¿ha tenido usted problemas para conciliar el sueño, permanecer dormido(a) o despertarse demasiado temprano?

- Sí
- No → **Saltar a Q14**

Ninguna

Leve

Moderada

Grave

Muy severa

8. Califique la **SEVERIDAD** actual de su dificultad para conciliar el sueño.



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

Ninguna      Leve      Moderada      Grave      Muy severa

9. Califique la **SEVERIDAD** actual de su dificultad para permanecer dormido(a).

                      

10. Califique la **SEVERIDAD** actual de su problema de despertarse demasiado temprano.

                      

No interfiere      Un      Algo      Mucho      Interfiere  
para nada      poquito

11. ¿Hasta qué punto considera usted que su problema de sueño

                      

**INTERFIERE** con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga durante el día, capacidad para funcionar en el trabajo/quehaceres diarios, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)?

No se nota      Muy poco      Algo      Mucho      Muy notable  
para nada

12. ¿Qué tan **NOTABLE** para los demás cree usted que es su problema de sueño en términos de deterioro de su calidad de vida?



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

13. ¿Qué tan **PREOCUPADO(A)**/ angustiado(a) está usted por su problema de sueño actual?

	Para nada	Un poquito	Algo	Mucho	Muchísimo
	<input type="radio"/>				

14. ¿Qué tan **SATISFECHO(A)** o insatisfecho(a) está usted con su patrón de sueño actual?

	Muy satisfecho(a)	Satisfecho (a)	Ni satisfecho (a) ni insatisfecho(a)	Insatisfecho (a)	Muy insatisfecho (a)
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Elija la respuesta que mejor describa con qué frecuencia usted experimentó la situación **en las últimas 4 semanas.**

	No en las <u>últimas 4 semanas</u>	Sí, menos <u>de una vez a la semana</u>	Sí, 1 ó 2 <u>veces por semana</u>	Sí, 3 or 4 <u>veces por semana</u>	Sí, 5 o más <u>veces por semana</u>
15. ¿Tuvo problemas para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Se despertó varias veces en la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. ¿Se despertó más temprano de lo planeado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. ¿Tuvo problema para volver a dormir después de despertarse muy temprano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Tomó píldoras para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

	No en las <u>últimas 4</u> <u>semanas</u>	Sí, menos <u>de</u> <u>una vez a la</u> <u>semana</u>	Sí, 1 ó 2 <u>veces por</u> <u>semana</u>	Sí, 3 or 4 <u>veces por</u> <u>semana</u>	Sí, 5 o más <u>veces por</u> <u>semana</u>
20. ¿Se sintió muy irritable por las dificultades para dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Se sintió demasiado somnoliento durante el día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. En general, durante las <u>últimas 4 semanas</u> su sueño nocturno típico fue:	Muy profundo o reparador <input type="radio"/>	Profundo y reparador <input type="radio"/>	Calidad promedio <input type="radio"/>	Inquieto <input type="radio"/>	Muy inquieto <input type="radio"/>

**Para esta sección, marque la respuesta de cada elemento que mejor le describa durante las últimas 4 semanas.**

	No en las <u>últimas 4</u> <u>semanas</u>	Sí, menos <u>de</u> <u>una vez a la</u> <u>semana</u>	Sí, 1 ó 2 <u>veces por</u> <u>semana</u>	Sí, 3 or 4 <u>veces por</u> <u>semana</u>	Sí, 5 o más <u>veces por</u> <u>semana</u>
23. ¿Alguna vez ha usado usted un medicamento de venta sin receta médica (como Benadryl o Tylenol PM) para ayudarle a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. ¿Alguna vez ha usado usted un medicamento recetado (como trazodona o Ambien) para ayudarle a dormir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. ¿Alguna vez ha usado usted bebidas con cafeína (café, refrescos, bebidas energéticas, etc.) para mantenerse despierto(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

**Las siguientes preguntas se refieren a sentirse somnoliento(a) o alerta durante el día.**

En los últimos 7 días...

	Para nada	Un poquito	Algo	Bastante	Mucho
26. Me sentía irritable por la falta de sueño.	<input type="radio"/>				
27. Tuve sueño durante el día.	<input type="radio"/>				
28. Tuve problemas para permanecer despierto(a) durante el día.	<input type="radio"/>				



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

En los últimos dos años, ¿ha tenido usted momentos en los que:

29. Casi se quedó dormido mientras conducía?

- Sí →
- No

a. ¿Cuántas veces?

En los últimos dos años, ¿ha tenido usted momentos en los que:

30. Se quedó dormido(a) mientras conducía?

- Sí →
- No

a. ¿Cuántas veces?

b. ¿Resultó esto en un accidente automovilístico?

- Sí
- No

31. ¿A qué hora de la noche se siente usted más cansado(a) y, como resultado, con más necesidad de dormir?

- 8:00 PM-9:00 PM
- 9:00 PM-10:15 PM
- 10:15 PM-12:45 AM
- 12:45 AM- 2:00 AM
- 2:00 AM- 3:00 AM



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

Las siguientes preguntas son sobre las cosas que pueden influir en el sueño.

32a. Cuando usted está en la cama, antes de irse a dormir, normalmente:

	Sí	No
a. Ve televisión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Lee libros, revistas, etc. (formato papel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Lee en un dispositivo electrónico (Kindle, teléfono, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Habla o envía mensajes de texto usando un teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Tiene una luz encendida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Escucha música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32b. En las dos horas antes de acostarse, usted normalmente:

a. Bebe alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Toma bebidas con cafeína (café, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Fuma cigarrillos, pipas o puros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Usted regularmente:

- Tiene un(a) compañero(a) de cama
- Duerme en una habitación con otra persona, pero no comparte cama
- Duerme solo(a)
- Prefiero no responder



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

34. ¿Alguno de los siguientes le dificulta dormir?

	Nunca	A veces	Usualmente	Siempre
a. Ruido en la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Ruido fuera de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Temperatura muy caliente o muy fría	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Demasiado luz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Preocupación o estrés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Dolor de cuerpo (articulaciones, piernas, espalda)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Dolor de pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Reflujo ácido/ardor en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J. Falta de aire o problemas para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Con qué frecuencia recuerda usted sus sueños?

- Nunca → **Saltar a Q37**
- Menos de una vez al mes
- Aproximadamente una o dos veces al mes
- Aproximadamente una o dos veces por semana
- Más de 3 veces a la semana pero no todas las noches
- La mayoría de las noches



## Exam 7

### Cuestionario de Sueño PSG

*Si la respuesta a la pregunta 41 no fue "Nunca":*

36. Cuando recuerda un sueño, ¿usualmente lo recuerda con bastante claridad?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)

*Para todos los participantes:*

37. ¿Alguna vez le han dicho, o usted mismo(a) ha sospechado, que mientras duerme usted parece "estar haciendo lo que está pasando en sus sueños" (por ejemplo, dando puñetazos, agitando los brazos en el aire, haciendo movimientos de correr, etc.)?

- Sí
- No
- No estoy seguro(a)



# Exam 7 Spirometry Completion Form

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:   /   /      
Month Day Year

**Please administer questions before starting spirometry exam.**

1. Are spirometry and nasal swab collection being performed in clinic or at a home visit?

- In clinic
- Home visit  $\longrightarrow$  *Note: Do not perform post-bronchodilator spirometry (Skip Q7-9)*

2. Is systolic blood pressure >180 OR diastolic blood pressure >110 from Seated Blood Pressure?

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry or nasal swab*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

SBP

DBP

3. ¿Ha tenido usted un resfriado o gripe que comenzó en las últimas 4 semanas o ha tenido usted una prueba de COVID positiva en las últimas 4 semanas?

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry or nasal swab. If no other exclusion criteria, reschedule spirometry once participant is 4 weeks past infection.*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

4. ¿Le han dicho que ha tenido un ataque cardíaco, accidente cerebrovascular (ataque cerebral), o ha tenido alguna operación en los ojos, el pecho o abdomen durante los últimos 3 meses?

- Yes  $\longrightarrow$  *Don't perform spirometry, only nasal swab*
- No  $\longrightarrow$  *Proceed to next question*

5. ¿Ha tenido algún problema importante mientras estaba haciendo la espirometría?

- Yes
- No

Comments:

6. Pre-Bronchodilator Spirometry was:

- Completed
- Not completed

Time completed:

:

Hr Min

AM  
 PM

*Upload PDF of spirometry curves in E7 REDCap Spirometry Completion Form*

Reason not completed:

- Refused
- Physically unable
- Cognitively unable
- Equipment problem
- Restricted as per spirometry software
- Other, please specify:

**If Home visit, skip to Nasal Brushing section (Q10).**



# Exam 7 Spirometry Completion Form

7. ¿Tiene un marcapasos cardíaco implantado o un desfibrilador cardioversor implantable (DCI)?

*Prefill with 'Yes' if previously reported.*

- Yes       $\longrightarrow$       *Do not administer albuterol; do not perform post-bronchodilator spirometry—skip to Q10*
- No       $\longrightarrow$       *If selected for albuterol, proceed with albuterol and post-bronchodilator spirometry*

**Note: If this participant is completing spirometry at a home visit, go to Question 10. Home visit participants are not selected for post-bronchodilator spirometry.**

8. Selected for Albuterol?

- Yes, by spirometry software
- No       $\longrightarrow$       *Skip to Q10*

- Administered (2 puffs)  $\longrightarrow$
- Not administered  $\longrightarrow$

Time completed:

		:			○ AM
Hr			Min		○ PM

Reason not completed:

<input type="radio"/> Refused	<input type="radio"/> Restricted as per spirometry software
<input type="radio"/> Physically unable	<input type="radio"/> Other, please specify:
<input type="radio"/> Cognitively unable	
<input type="radio"/> Equipment problem	

9. Post-Bronchodilator Spirometry was:

- Completed  $\longrightarrow$
- Not completed  $\longrightarrow$

Time completed:

		:			○ AM
Hr			Min		○ PM

*Upload PDF of spirometry curves in E7 REDCap Spirometry Completion Form*

Reason not completed:

<input type="radio"/> Refused	<input type="radio"/> Restricted as per spirometry software
<input type="radio"/> Physically unable	<input type="radio"/> Other, please specify:
<input type="radio"/> Cognitively unable	
<input type="radio"/> Equipment problem	



# Exam 7 Spirometry

## Nasal Swab Collection

10. ¿Está usted tomando actualmente un anticoagulante como warfarina, heparina de bajo peso molecular o anticoagulantes orales de acción directa más nuevos?

Yes\*

No



11. ¿Actualmente está usted tomando aspirina, clopidogrel u otro medicamento antiplaquetario?



12. ¿Ha tenido usted un trauma o cirugía nasal reciente?



13. ¿Tiene usted antecedentes de hemorragias nasales graves?



**\*If YES to any of Q10-13, do not proceed with nasal swab collection. Select NO for Q14.**

14. Was nasal swab completed?

Yes, both nares swabbed

Partial, only one naris swabbed

No

Time completed:



AM

PM

Hr

Min

Reason not completed:

Refused

Physically unable

Cognitively unable

Other, please specify:





# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Semi-Tandem.

Ahora le mostraré el segundo movimiento. (*Demonstrate*) Quiero que intente pararse con el lado del talón de un pie tocando el dedo gordo del otro pie durante unos 30 segundos. Puede poner cualquiera de los pies adelante, lo que sea más cómodo para usted. Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que pare. *Stand next to the participant to help him/her into the semi-tandem position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask "¿Está listo?" Then let go and begin timing as you say "Listo, comience."* Stop the stopwatch and say "Pare" after 30 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. If participant is unable to hold the position for 10 seconds, record result and go to the gait speed test.

### B. Semi-Tandem Stand

- Held 30 seconds (1 point) → Go to D. Tandem stand LONG
- Held ≥10 but <30 seconds (1 point) → Go to C. Tandem stand SHORT
- Held <10 sec (0 points) → Go to Section 2: Gait speed test
- Not attempted (0 points) ↓

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

Go to gait speed test

Number of seconds held if less than 30:   .   sec



**Exam 7**  
**Short Physical**  
**Performance**  
**Battery**

*Tandem SHORT (if semi-tandem held for 10 to 29.99 seconds).*

Ahora le mostraré el tercer movimiento. *(Demonstrate)* Quiero que intente pararse con el talón de un pie delante de los dedos del otro pie, el talón debe tocar los dedos, durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted. Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que pare. *Stand next to the participant to help him/her into the tandem position. Supply just enough support to the participant’s arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask “¿Está listo?” Then let go and begin timing as you say “Listo, comience.” Stop the stopwatch and say “Pare” after 10 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. Record result and go to the gait speed test.*

**C. Tandem Stand SHORT**

- Held 10 seconds **(2 points)** —————> **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $\geq 3$  — 9.99 seconds **(1 point)** —————> **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held <3 seconds **(0 points)** —————> **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted **(0 points)** —————>

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

*Tandem LONG (if semi-tandem held for 30 seconds).*

Ahora le mostraré el tercer movimiento. (*Demonstrate*) Quiero que intente pararse con el talón de un pie delante de los dedos del otro pie, el talón debe tocar los dedos, durante unos 30 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted. Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que pare. *Stand next to the participant to help him/her into the tandem position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her feet positioned, ask "¿Está listo?" Then let go and begin timing as you say "Listo, comience." Stop the stopwatch and say "Pare" after 30 seconds or when the participant steps out of position or grabs your arm. If participant is unable to hold position for 30 seconds on either trial, record result and go to the gait speed test.*

### D. Tandem Stand LONG

#### Trial 1

- Held 30 seconds (2 points) → Go to E. 1 leg stand
- Held ≥10 but <30 seconds (2 points) → Go to trial 2
- Held ≥3 but <10 seconds (1 point) → Go to trial 2
- Held ≥1 but <3 seconds (1 point) → Go to trial 2
- Held <1 second or unable to attain position (0 points) → Go to Section 2: Gait speed test
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

Go to Section 2: Gait speed test

Number of seconds held if less than 30:  .  sec

#### Trial 2

- Held 30 seconds → Go to E. 1 leg stand
- Held ≥1 but <30 seconds → Go to Section 2: Gait speed test
- Held <1 second or unable to attain position → Go to Section 2: Gait speed test
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

Go to Section 2: Gait speed test

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

**One Leg.** Ahora le mostraré el cuarto movimiento. *(Demonstrate)* Quiero que intente pararse en una pierna durante unos 30 segundos. Puede pararse en cualquiera de las piernas, la que sea más cómodo para usted. Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que pare. Si pierde el equilibrio, baje el pie. *Stand next to the participant to help him/her into the position. Supply just enough support to the participant's arm to prevent loss of balance. When the participant has his/her leg lifted, ask "¿Está listo?" Then let go and begin timing as you say "Listo, comience."* Stop the stopwatch and say "Pare" after 30 seconds or when the participant lowers leg to the floor or grabs your arm.

### E. One Leg Stand

#### Trial 1

- Held 30 seconds → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $\geq 1$  but  $< 30$  seconds → **Go to trial 2**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec

#### Trial 2

- Held 30 seconds → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Held  $\geq 1$  but  $< 30$  seconds → **Go to trial 2**
- Held  $< 1$  second or unable to attain position → **Go to Section 2: Gait speed test**
- Not attempted →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**Go to Section 2: Gait speed test**

Number of seconds held if less than 30:  .  sec



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Section 2: Gait Speed Test

**First Gait Speed Test.** Ahora voy a observar cómo camina normalmente. Si usa un bastón u otra ayuda para caminar y siente que lo necesita para caminar una distancia corta, entonces puede usarlo. Esta es nuestra pista de caminata. Quiero que camine hasta el otro extremo de la pista a su velocidad habitual, como si estuviera caminando por la calle para ir a la tienda. *Demonstrate the walk for the participant. Camine hasta más allá del otro extremo de la cinta antes de detenerse. Caminaré con usted. ¿Siente que esto va a ser seguro? Have the participant stand with both feet touching the starting line. Cuando yo quiera que usted comience, diré: “¿Listo? Comience.” When the participant acknowledges this instruction say “¿Listo? Comience.” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind and to the side of the participant. Stop timing when the heel of the first foot completely crosses the end line.*

#### A. First Gait Speed Test (sec)

Time for first 4 meter walk (seconds):   .

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

Aids used for first walk:

- None
- Cane
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**Second Gait Speed Test.** Ahora quiero que repita la caminata. Recuerde caminar a su paso habitual e ir más allá del otro extremo de la pista. *Have the participant stand with both feet touching the starting line. Cuando yo quiera que usted comience, dire: “¿Listo? Comience.” When the participant acknowledges this instruction say: “¿Listo? Comience.” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind and to the side of the participant. Stop timing when the heel of the first foot completely crosses the end line.*

#### B. Second Gait Speed Test (sec)

Time for first 4 meter walk (seconds):   .

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

Aids used for first walk:

- None
- Cane
- Other (specify): \_\_\_\_\_

**Faster of two times**   .   seconds



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### 4 Meter Walk SPPB Score

- Time > 8.70 secs = 1
- Time 4.82 to 6.20 secs = 3
- Unable to do = 0
- Times 6.21 to 8.70 secs = 2
- Time < 4.82 secs = 4

### Section 3: Narrow Walk Test (4 meters)

**Narrow Walk Test.** Ahora voy a observar cómo camina manteniendo sus pies dentro de las líneas. Quiero que camine hasta el otro extremo de la pista a su velocidad habitual. Es importante que haga lo posible para mantener los pies dentro de las líneas. *Demonstrate the walk for the participant. Asegúrese de caminar unos pasos más allá de la línea de llegada. Caminaré con usted. ¿Siente que esto va a ser seguro? Have the participant stand with both feet touching the starting line. Cuando yo quiera que usted comience, diré: “¿Listo? Comience.” When the participant acknowledges this instruction say “¿Listo? Comience.” Start timing when the participant lifts their foot to begin walking. Walk behind the participant so that you can see if either foot touches a line. Stop timing when the first foot (heel) is completely across the end line. “Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. A wall touch is considered stepping on the line. Perform a maximum of 3 trials to obtain 2 valid trials.*

#### Trial 1

Was the walk completed?

- Yes: \_\_\_\_\_ →
- No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.)

- Yes:   .   seconds
- No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- Tried but unable
- Could not hold position unassisted
- Not attempted, you felt unsafe
- Not attempted, participant felt unsafe
- Participant unable to understand instructions
- Other, specify: \_\_\_\_\_
- Participant refused

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Trial 2

Was the walk completed?

Yes: \_\_\_\_\_ →

No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (*“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.*)

Yes:   .   seconds

No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**

### Trial 3

Was the walk completed?

Yes: \_\_\_\_\_ →

No: \_\_\_\_\_ ↓

Did the participant stay within the lines? (*“Not staying within the lines” is defined as stepping on, or going outside of the colored tape two or more times. Perform up to 3 trials to obtain 2 valid times.*)

Yes:   .   seconds

No

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

<input type="radio"/> Tried but unable	<input type="radio"/> Participant unable to understand instructions
<input type="radio"/> Could not hold position unassisted	<input type="radio"/> Other, specify: _____
<input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe	<input type="radio"/> Participant refused
<input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe	

**Go to Section 4: Chair stand test if not completed or not attempted**



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

### Section 4: Chair Stand Test

**Single Chair Stand Test.** Hagamos la última prueba de movimiento. ¿Cree que sería seguro que intente levantarse de una silla? La siguiente prueba mide la fuerza en sus piernas. *(Demonstrate and explain the procedure.)* Primero, doble los brazos sobre el pecho y siéntese de manera que sus pies queden planos sobre el piso; luego levántese, manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho. *When the participant is properly seated, say "Por favor, póngase de pie manteniendo sus brazos cruzados sobre su pecho." If the participant cannot rise without using arms, say "Está bien, tartar de levantarse usando sus brazos." Record result and end test.*

#### Single Chair Stand Test

Does the participant feel safe enough to stand without help?

- Yes       No

Mark the result:

- Participant stood without using arms → **Go to repeated chair stand test**
- Participant used arms to stand → **End Test**
- Test not completed →

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

**End test**



# Exam 7

## Short Physical Performance Battery

**Repeated Chair Stand Test.** ¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla cinco veces sin usar sus brazos? (*Demonstrate and explain the procedure*) Por favor, levántese lo más RÁPIDAMENTE que pueda cinco veces seguidas, sin detenerse entre medio. Después de pararse cada vez, siéntese y luego levántese de nuevo. Mantenga sus brazos cruzados sobre su pecho. Le estaré midiendo el tiempo con un cronómetro. Déjeme demostrarle. *When the participant is properly seated, say “¿Listo? Levántese.” Begin timing. Count out loud as the participant arises each time, up to five times. Stop if participant becomes tired or short of breath during repeated chair stands. Stop the stopwatch when he/she has straightened up completely for the fifth time. Also stop if participant: 1) uses his/her arms; 2) after 1 minute, if participant has not completed all five rises; or 3) at your discretion, if concerned for participant’s safety. If the participant stops and appears to be fatigued before completing the five stands, confirm this by asking “¿Puede continuar?” If the participant says “yes”, continue timing. If the participant says “no”, stop the test.*

### Repeated Chair Stand Test

Does the participant feel safe enough to stand without help?

- Yes       No

Time (seconds) to complete 5 stands:   .    
*(only enter if participant completes 5 stands)*

If participant could not complete or did not attempt test, select the reason below:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Tried but unable                       | <input type="radio"/> Participant unable to understand instructions |
| <input type="radio"/> Could not hold position unassisted     | <input type="radio"/> Other, specify: _____                         |
| <input type="radio"/> Not attempted, you felt unsafe         | <input type="radio"/> Participant refused                           |
| <input type="radio"/> Not attempted, participant felt unsafe |   |

### Chair Stand SPPB Score

- Participant unable to complete 5 chair stands or completes stands in >60 sec: **0 points**
- Time  $\geq$  16.70 sec: **1 point**
- Time 13.70 to 16.69: **2 points**
- Time 11.20 to 13.69 sec: **3 points**
- Time  $\leq$  11.19 sec: **4 points**

## Total SPPB Score

Balance Test score      \_\_\_ points

Gait Speed Test score    \_\_\_ points

Chair Stand Test score    \_\_\_ points

=

**Total Score**                \_\_\_ points (sum of points above)



**Exam 7**  
**UBACC**

Participant ID #:

Acrostic:

Technician ID:

Date:  /  /   
Month Day Year

This assessment of participants’ capacity is administered verbally prior to obtaining consent signatures. Administer questions 1, 2, and 3 to all participants who do not have a known dementia diagnosis. If the response to any of these three questions is unacceptable, continue with administering the full set of UBACC questions. If the participant does not receive a perfect score on the full set, the incorrect questions may be re-administered for a total of 3 trials at one sitting. The participant is allowed to refer to the consent form. If the participant does not pass the UBACC, obtain consent from a legally authorized representative (LAR) and assent from the participant. If they have no LAR with them, they are sent home but can try again at a later date.

Was the response satisfactory?

1. ¿Cuál es el propósito del Examen 7 del Estudio MESA que le acaban de describir a usted?	Sí	No*
2. ¿Tiene usted que participar en este examen si no quiere?	Sí	No*
3. Por favor, describa 2 cosas que sucederán en este examen.	Sí	No*

\* If no, proceed with full set of UBACC questions.

Was the response satisfactory?

4. ¿Está este estudio diseñado para mejorar su salud?	Sí	No
5. Por favor describa 2 riesgos o molestias que las personas pueden experimentar si participan en este examen.	Sí	No
6. ¿Es posible que el participar en este examen no tenga ningún beneficio para usted?	Sí	No
7. ¿Quién pagará su atención médica si usted se lesiona como resultado directo de participar en este examen?	Sí	No
8. ¿Dónde pueden las personas encontrar los números de teléfono de las personas que tienen que contactar si tienen preguntas?	Sí	No