

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_ (Debe igualar el número registrado en el formulario PFU02)

Iniciales del entrevistador: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/DD/AAAA)

Versión del formulario: 0 9 / 1 5 / 2 1

INDIQUE LA PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO

|  |   |
|--|---|
| Niño/adulto joven.....                       | 1 |
| Padre/Madre u otro adulto.....               | 2 |
| Ambos (Padre/Madre y niño/adulto joven)..... | 3 |

### Sección A: Estado Vital

A1. Fecha de la entrevista/Determinación del estado vital: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D A A A A

A2. Cuál es el estado vital del participante? Marque sólo una respuesta.

Vivo..... 1 **(Saltar a la Pregunta A5)**  
Muerto\*..... 2  
Se desconoce..... 3 **(Saltar a la Pregunta A4)**  
Vivo/Se le contactó, pero se negó a que se le hiciera la entrevista..... 4 **(FINALIZAR EL FORMULARIO AQUÍ)**

\* **Nota: Si se conoce la muerte del paciente, no se comuniqué con la familia.**

A3. Fecha de la muerte del paciente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D A A A A

A3i. Causa de la muerte (Utilice el código de la lista provista) \_\_\_\_ **(FINALIZAR EL FORMULARIO AQUÍ)**

A4. Si se desconoce el estado vital, ¿qué métodos de contacto se utilizaron para ubicar o comunicarse con el participante?

**(Marque con un círculo “Sí”, “No” o “No sabe” en CADA UNO de los siguientes métodos)**

|                        | Sí | No                      | No sabe                  |
|------------------------|----|-------------------------|--------------------------|
| Número del hogar       | 1  | 2                       | -8                       |
| Número del trabajo     | 1  | 2                       | -8                       |
| Contacto de la familia | 1  | 2                       | -8                       |
| Contacto social        | 1  | 2                       | -8                       |
| Otro método            | 1  | 2 <b>(Saltar a A4i)</b> | -8 <b>(Saltar a A4i)</b> |

Especifique otro método utilizado: \_\_\_\_\_

A4i. Fecha del primer intento de comunicación con el participante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A4ii. Cantidad de veces que se intentó contactar al participante: \_\_\_\_

A4iii. Fecha del último intento de comunicación con el participante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

A5. ¿Quién informó el estado vital del participante (es decir, quién participó en la entrevista o proporcionó información sobre el estado vital)?

Participante..... 1

Madre..... 2

Padre..... 3

Pariente o conocido..... 4

i. Especifique relación: \_\_\_\_\_

Otro método..... 5

i. Especifique **OTRO método**: \_\_\_\_\_

A6. Cuál es tu peso actual?

a. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ **(libras)**

A7. Cuál es su altura / estatura actual?

a. \_\_\_\_ **(pies)** \_\_\_\_ **(pulgadas)**

A8. Autoinforme de creatinina sérica (SCr): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (mg/dL)

No sabe..... -8

A9. (Nombre del participante) está anémico actualmente?

Sí..... 1

No..... 2 **(Pasar a B1)**

No sabe..... -8 **(Pasar a B1)**

a. Autoinforme de hemoglobina (Hgb): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (g/dL)

No sabe..... -8

b. Hematocrito de autoinforme (HCT): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ (%)

No sabe..... -8

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

### Sección B – D: Terapia de reemplazo riñón

#### Sección B: Trasplante

B1. ¿(*Nombre del niño*) tuvo algún trasplante de riñón?

Sí..... 1

No..... 2 **(Saltar a B2)**

No sabe..... -8 **(Saltar a B2)**

B1a. ¿Cuántos trasplantes tuvo (*nombre del participante*)?

Uno..... 1

Dos..... 2

Tres o más..... 3

No sabe..... -8

B1b. ¿El trasplante de riñón más reciente de (*nombre del participante*) fue de un familiar vivo, una persona no familiar viva o de un donante fallecido?

Donante vivo familiar..... 1

Donante desconocido vivo..... 2

Donante cadavérico..... 3

No sabe..... -8

B1c. Fecha del trasplante más reciente:

*Indique la fecha del trasplante más reciente.*

*Si desconoce el mes o el día, indique el año.*

*De lo contrario, indique "No sé/No estoy seguro".*

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D A A A A

No sé/No estoy seguro ..... -8

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

- B1d. Cuando consulta al médico de (*nombre del participante*) acerca de su trasplante de riñón, ¿cómo dice que está evolucionando? Si ha tenido más de un trasplante de riñón conteste en función de su trasplante más reciente.

El funcionamiento del riñón es bueno/excelente..... 1 **(Saltar a C1)**

El riñón está bien pero (*nombre del participante*) podría necesitar otro trasplante o diálisis en un futuro cercano (en 1 año más o menos) 3

El riñón no está funcionando bien y (*nombre del participante*) se encuentra en diálisis..... 2

No sé..... -8 **(Saltar a C1)**

- B2. En este último año, ¿ha hablado acerca de un trasplante de riñón con su nefrólogo o el de su hijo o con el proveedor de atención médica?

Sí..... 1

No..... 2 **(Saltar a C1)**

No sabe..... -8 **(Saltar a C1)**

- B3. ¿Qué opción u opciones de donantes se han conversado?

**(Marque con un círculo "Sí", "No" o "No sabe" en CADA UNA de las siguientes respuestas)**

|  | Sí | No | No sabe |
|--|----|----|---------|
| Donante vivo                                     | 1  | 2  | -8      |
| Lista de espera de trasplantes/Donante fallecido | 1  | 2  | -8      |

- B4. ¿(*Nombre del participante*) ha sido ingresado a una lista para trasplante con donante cadavérico, en otras palabras, es (*nombre de participante*) en una lista de espera de trasplante?

Sí..... 1

No..... 2 **(Saltar a C1)**

No sabe..... -8 **(Saltar a C1)**

B4a. Fecha de activación en la lista de espera:

Indique la fecha en que él/ella fue activado en la lista de espera. Si desconoce el mes o el día, indique el año. De lo contrario, indique "No sé/No estoy seguro".

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

M M D D A A A A

No sé/No estoy seguro ..... -8

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)**Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)****Sección C: Medicamentos relacionados con el trasplante**

C1. ¿En los últimos 30 días, (*nombre del participante*) ha tomado alguno de los siguientes medicamentos relacionados con el trasplante (tales como Azatioprina (Imuran), Ciclosporina (Sandimmune, Neoral), Micofenolato de mofetilo (Cellcept), Tacrolimus, (FK506, Prograf), Trimetoprima-Sulfametoxazol (Bactrim, Sulfatrim, Septra), Prednisona, Metilprednisolona) para el tratamiento de su trasplante renal?

Sí..... 1  
 No..... 2 **(Pasar a la Sección D)**  
 No sabe..... -8 **(Pasar a la Sección D)**  
 No aplica, no recibió trasplante de riñón -1 **(Pasar a la Sección D)**

| Medicamento<br>(De patente y/o genérico)              | <u>Sí</u> | <u>No</u>              | C2. ¿Cuántas veces toma el medicamento?   |
|---|-----------|------------------------|---|
| C1a. Azatioprina (Imuran)                             | 1         | 2 <b>(Pasar a C1b)</b> | Más de cuatro veces al día..... 1         |
|   |           |                        | Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2 |
|   |           |                        | Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3   |
|   |           |                        | Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4   |
|   |           |                        | Una vez al día..... 5                     |
|   |           |                        | Cada tercer día..... 6                    |
|   |           |                        | 2 veces por semana o 3 veces por semana 7 |
|   |           |                        | Menos de 2-3 veces por semana..... 8      |
| C1b. Ciclosporina<br>(Gengraf, Neoral, Sandimmune)    | 1         | 2 <b>(pasar a C1c)</b> | No sabe..... -8                           |
|   |           |                        | Más de cuatro veces al día..... 1         |
|   |           |                        | Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2 |
|   |           |                        | Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3   |
|   |           |                        | Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4   |
|   |           |                        | Una vez al día..... 5                     |
|   |           |                        | Cada tercer día..... 6                    |
|   |           |                        | 2 veces por semana o 3 veces por semana 7 |
| C1c. Micofenolato de mofetilo<br>(Cellcept, Myfortic) | 1         | 2 <b>(pasar a C1d)</b> | Menos de 2-3 veces por semana..... 8      |
|   |           |                        | No sabe..... -8                           |
|   |           |                        | Más de cuatro veces al día..... 1         |
|   |           |                        | Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2 |
|   |           |                        | Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3   |
|   |           |                        | Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4   |
|   |           |                        | Una vez al día..... 5                     |
|   |           |                        | Cada tercer día..... 6                    |
| C1d. Prednisona, Prednisolona o<br>Metilprednisolona  | 1         | 2 <b>(pasar a C1e)</b> | 2 veces por semana o 3 veces por semana 7 |
|   |           |                        | Menos de 2-3 veces por semana..... 8      |
|   |           |                        | No sabe..... -8                           |
|   |           |                        | Más de cuatro veces al día..... 1         |
|   |           |                        | Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2 |
|   |           |                        | Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3   |
|   |           |                        | Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4   |
|   |           |                        | Una vez al día..... 5                     |
|   |           |                        | Cada tercer día..... 6                    |
|   |           |                        | 2 veces por semana o 3 veces por semana 7 |
|   |           |                        | Menos de 2-3 veces por semana..... 8      |
|   |           |                        | No sabe..... -8                           |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)**Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)**

| Medicamento<br>(De patente y/o genérico)                                       | <u>Sí</u> | <u>No</u>       | C2. ¿Cuántas veces toma el medicamento?   |
|--|-----------|-----------------|---|
| C1e. Rapamicina  | 1         | 2 (pasar a C1f) | Más de cuatro veces al día..... 1<br>Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2<br>Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3<br>Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4<br>Una vez al día..... 5<br>Cada tercer día..... 6<br>2 veces por semana o 3 veces por semana 7<br>Menos de 2-3 veces por semana..... 8<br>No sabe..... -8 |
| C1f. Tacrolimus (FK506, Prograf)   | 1         | 2 (pasar a C1g) | Más de cuatro veces al día..... 1<br>Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2<br>Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3<br>Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4<br>Una vez al día..... 5<br>Cada tercer día..... 6<br>2 veces por semana o 3 veces por semana 7<br>Menos de 2-3 veces por semana..... 8<br>No sabe..... -8 |
| C1g. Trimetoprima-Sulfametoxazol<br>(Bactrim, Cotrimoxazol, Sulfatrim, Septra) | 1         | 2 (pasar a C1h) | Más de cuatro veces al día..... 1<br>Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2<br>Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3<br>Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4<br>Una vez al día..... 5<br>Cada tercer día..... 6<br>2 veces por semana o 3 veces por semana 7<br>Menos de 2-3 veces por semana..... 8<br>No sabe..... -8 |
| C1h. Valcyte (Valganciclovir)  | 1         | 2 (pasar a C1i) | Más de cuatro veces al día..... 1<br>Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2<br>Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3<br>Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4<br>Una vez al día..... 5<br>Cada tercer día..... 6<br>2 veces por semana o 3 veces por semana 7<br>Menos de 2-3 veces por semana..... 8<br>No sabe..... -8 |
| C1i. Otros medicamentos relacionados con el trasplante                         | 1         | 2 (pasar a D1)  | Más de cuatro veces al día..... 1<br>Cuatro veces al día (cada 6 horas)..... 2<br>Tres veces al día (cada 8 horas)..... 3<br>Dos veces al día (cada 12 horas)..... 4<br>Una vez al día..... 5<br>Cada tercer día..... 6<br>2 veces por semana o 3 veces por semana 7<br>Menos de 2-3 veces por semana..... 8<br>No sabe..... -8 |
| 1. Indique el nombre del medicamento:<br>_____                                 |           |                 |   |

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

### Sección D: Diálisis

D1. ¿(Nombre del participante) ha recibido diálisis alguna vez?

- Sí..... 1  
 No..... 2 **(Saltar a D2)**  
 No sabe.....-8 **(Saltar a D2)**

D1. ¿Qué tipo de diálisis usó (nombre del participante) más recientemente?:

- Hemodiálisis (limpieza de la sangre fuera del cuerpo)..... 1  
 Diálisis peritoneal (limpieza de la sangre usando su propio tejido corporal dentro del cuerpo)..... 2  
 No sabe ..... -8

D1b. Fecha más reciente programado regularmente \*  
 Se inició o comenzará la diálisis:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M M D D A A A  
 No sé/No estoy seguro .....-8

*Indique la fecha de comienzo de la diálisis "programado regularmente" más reciente.*

*Para hemodiálisis, indique la fecha cuando el participante comenzó tratamientos 2 o más días por semana para al menos de 3 meses.*

*Para la diálisis peritoneal (PD), indique la fecha cuando el participante comenzó tratamientos 5 o más días por semana para al menos de 3 meses.*

*Si desconoce el día o el mes, indique el año. De lo contrario, indique "No sabe/No está seguro."*

D1c. ¿(Indique el nombre del participante) actualmente recibiendo la terapia de diálisis programado regularmente?

- Sí..... 1 **(Saltar a Sección E)**  
 No..... 2  
 No sabe..... -8

D2 **Durante el último año**, ¿ha conversado con el nefrólogo o con el proveedor de atención médica de su hijo acerca de la diálisis?

- Sí..... 1  
 No..... 2 **(Saltar a Sección E)**  
 No sabe.....-8 **(Saltar a Sección E)**

D3. ¿Qué tipo de diálisis se planificó?

- Hemodiálisis (limpieza de la sangre fuera del cuerpo)..... 1  
 Diálisis peritoneal (limpieza de la sangre usando su propio tejido corporal dentro del cuerpo)..... 2  
 No se ha decidido aún..... 9  
 No sabe..... -8

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

### Sección E: Información General

- E1. ¿Cuál es el grado escolar **mas alto** que (*indique el nombre del participante*) ha COMPLETADO? **Por ejemplo, si el participante está actualmente cursando el 12° grado, deberá ingresar “11” o si el participante está actualmente cursando el 6° grado, deberá ingresar “5”.** Además, si el participante está cursando el 1° grado, va al kindergarten o todavía no va a la escuela, deberá ingresar “0” o si el participante está un estudiante de segundo año de la universidad, deberá ingresar “13.”

\_\_\_\_ Grado escolar

No sabe..... -8

No aplica/el niño tiene menos de 5 años de edad -1  
 y no asiste a preescolar/pre-K.....

**Las siguientes preguntas son sobre el hogar principal del participante. El hogar principal es el hogar del padre/la madre/el tutor en el que el participante vive por lo menos la mitad del tiempo. Si el participante no vive con el padre/la madre/el tutor (vive de forma independiente, asiste a la universidad o a un colegio internado, se ha emancipado, etc.), el hogar principal es el hogar del padre/la madre/el tutor donde el participante vivía la mitad del tiempo antes de vivir independientemente.**

- E2. ¿Cuántos adultos viven en el hogar al menos la mitad del tiempo? Un adulto tiene al menos 18 años de edad. Incluya a **todas las personas que tengan al menos 18 años de edad**, incluyendo hermanos y personas no emparentadas. Incluya al participante si tiene 18 años de edad.

\_\_\_\_ adultos

No sabe..... -8

- E3. ¿Cuántos de los siguientes adultos (18 años de edad o mayores) viven en el hogar al menos la mitad del tiempo? Incluya al participante, si corresponde. (**Marque con un círculo “Sí”, “No” o “No sabe” en CADA UNA de las siguientes**).

|                                  | <u>Sí</u> | <u>No</u> | <u>No sabe</u>               |
|----------------------------------|-----------|-----------|------------------------------|
| a. Madre biológica.....          | 1         | 2         | -8                           |
| b. Padre biológico.....          | 1         | 2         | -8                           |
| c. Madrastra/Madre adoptiva..... | 1         | 2         | -8                           |
| d. Padrastro/Padre adoptivo..... | 1         | 2         | -8                           |
| e. Participante.....             | 1         | 2         | -8                           |
| f. Cónyuge/Pareja.....           | 1         | 2         | -8                           |
| g. Otro.....                     | 1         | 2         | (Pasar a E4) -8 (Pasar a E4) |
| i. Especifique: _____            |           |           |                              |

- E4. ¿Cuántos niños viven en el hogar al menos la mitad del tiempo? Un niño tiene menos de 18 años de edad. Incluya a **todas las personas que tengan menos de 18 años de edad**, incluyendo descendencia, hermanos y personas no emparentadas. Incluya al participante si tiene menos de 18 años de edad.

\_\_\_\_ niños

No sabe..... -8



Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

E5. Cuáles de los siguientes niños (**menores** de 18 años de edad) viven en el hogar al menos la mitad del tiempo? Incluya al participante, si corresponde. (**Marque con un círculo “Sí”, “No” o “No sabe” en CADA UNA de las siguientes**).

|   | <u>Sí</u> | <u>No</u> | <u>No sabe</u>               |
|---|-----------|-----------|------------------------------|
| a. Hijo biológico del participante (hijo/hija)..... | 1         | 2         | -8                           |
| b. Hijastro/Hijo adoptivo del participante.....     | 1         | 2         | -8                           |
| c. Hermano.....                                     | 1         | 2         | -8                           |
| d. Participante.....                                | 1         | 2         | -8                           |
| e. Otro.....  | 1         | 2         | (Pasar a E6) -8 (Pasar a E6) |
| i. Especifique: _____                               |           |           |                              |

E6. ¿Cuál es el estado actual de empleo de (*nombre del participante*)?  
(**Marque con un círculo “Sí”, “No”, “No aplica(N/A)” o “No sabe” en CADA UNA de las siguientes**).

|   | <u>Sí</u>      | <u>No</u> | <u>N/A</u>      | <u>No sabe</u>  |
|---|----------------|-----------|-----------------|-----------------|
| Trabajo de tiempo completo (35 horas o más a la semana)   | 1              | 2         | -1              | -8              |
| Trabajo de tiempo parcial (menos de 35 horas a la semana) | 1              | 2         | -1              | -8              |
| Ingreso por discapacidad.....                             | 1              | 2         | -1              | -8              |
| Estudiante actualmente matriculado.....                   | 1              | 2         | -1              | -8              |
| Desempleado en búsqueda de empleo.....                    | 1 (Pasar a E7) | 2         | -1 (Pasar a E7) | -8 (Pasar a E7) |
| Desempleado y no está en búsqueda de empleo.....          | 1 (Pasar a E7) | 2         | -1 (Pasar a E7) | -8 (Pasar a E7) |

i. ¿(*nombre del participante*) trabaja por cuenta propia?

|              |    |
|--------------|----|
| Sí.....      | 1  |
| No.....      | 2  |
| No sabe..... | -8 |

E7. ¿(*nombre del participante*) ha comenzado su menstruación (p. ej. periodo)?

|   |                 |
|---|-----------------|
| Sí.....                                     | 1               |
| No.....                                     | 2 (Pasar a E8)  |
| No sabe.....                                | -8 (Pasar a E8) |
| No aplica/el participante es masculino..... | -1 (Pasar a E8) |

a. ¿Qué edad tenía cuando comenzó su menstruación?

|              |    |
|--------------|----|
| ____ años    |    |
| No sabe..... | -8 |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

Recuerde en los últimos **siete (7) días**, y utilice la escala provista para calificar cada uno de los síntomas que sintió.

| Artículo  | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Con frecuencia | Siempre |
|---|-------|----------|---------------|----------------|---------|
| E8. ¿Con cuánta frecuencia ( <i>nombre del participante</i> ) sintió fatiga más allá de su control?                 | 1     | 2        | 3             | 4              | 5       |
| E9. ¿Con cuánta frecuencia ( <i>nombre del participante</i> ) se sentía demasiado cansado para pensar con claridad? | 1     | 2        | 3             | 4              | 5       |
| E10. ( <i>nombre del participante</i> ) tiene energía   | 1     | 2        | 3             | 4              | 5       |

Recuerde en los últimos **siete (7) días, incluyendo el día de hoy**, y utilice la escala numérica (1-10) para describir sus emociones.

|   |                           |   |   |   |   |   |   |   |                            |    |
|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------|----|
| E11. Cómo describiría ( <i>nombre del participante</i> ) su calidad de vida general | 1                         | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9                          | 10 |
|   | Tan mala como pudiera ser |   |   |   |   |   |   |   | Tan buena como pudiera ser |    |

E12. En el último año, ¿(*nombre del participante*) ha consultado a un proveedor de servicios médicos /nefrólogo? (Incluya visitas médicas de rutina, visitas de enfermedad y visitas a la sala de emergencias. **No incluya** las ocasiones cuando (*nombre del paciente*) se quedó hospitalizado toda la noche.

Sí..... 1 **(Pasar a E13)**  
No..... 2

a. Especifique los motivos por los cuales (*nombre del participante*) no ha consultado a un médico/nefrólogo.

**La siguiente pregunta es sobre hospitalizaciones. La hospitalización incluye quedarse toda la noche, o ser admitido para algún procedimiento que toma un día para llevarse a cabo. Incluya todas las hospitalizaciones médicas y psiquiátricas. Esto no incluye los tratamientos en la sala de emergencias donde se le da de alta el mismo día.**

E13. En el último año, ¿(*nombre del participante*) ha sido hospitalizado? No incluya estancias de toda la noche en la sala de emergencias.

Sí..... 1  
No..... 2 **(Pasar a E14)**  
No sabe..... -8 **(Pasar a E14)**

a. ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado (*nombre del participante*) en el último año?

\_\_\_\_ veces  
No sabe..... -8

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

E14. ¿Dónde ha recibido atención médica (*nombre del participante*) durante el pasado año? Indique sí o no en cada uno de los siguiente lugares. **Seleccione “Sí” o “No” a CADA una de las siguientes preguntas.** ¿(*nombre del participante*) concurrió...

|   | <u>Sí</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. a una clínica o centro de atención médica?   | 1         | 2         |
| b. al consultorio privado de un médico?   | 1         | 2         |
| c. al Departamento para pacientes ambulatorios de un Hospital?  | 1         | 2         |
| d. a la sala de emergencias de un hospital?   | 1         | 2         |
| 1. ¿Cuántas veces ( <i>nombre del participante</i> ) ha recibido atención en una sala de emergencias durante el último año? |           |           |

**(Pasar a E15)**

E15. En el último año, ¿(*nombre del participante*) ha padecido de infecciones urinarias?

|              |    |                      |
|--------------|----|----------------------|
| Sí.....      | 1  |                      |
| No.....      | 2  | <b>(Pasar a E16)</b> |
| No sabe..... | -8 | <b>(Pasar a E16)</b> |

a. ¿Cuántas veces ha padecido (*nombre del participante*) de infecciones urinarias en el último año?

|              |    |
|--------------|----|
| ____ veces   |    |
| No sabe..... | -8 |

E16. ¿Tiene (*nombre del participante*) actualmente algún tipo de seguro médico o cobertura de gastos médicos? Esto incluye programas de seguros privados y públicos (p. ej. Medicaid, SCHIP o MCHIP), seguro dental y programas que ayuden a pagar por los medicamentos.

|          |   |                       |
|----------|---|-----------------------|
| Sí ..... | 1 | <b>(Pasar a E17b)</b> |
| No ..... | 2 |                       |

a. Especifique la razón por la cual (*nombre del participante*) no cuenta con seguro médico.

E17a. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que (*nombre del participante*) dejó de tener CUALQUIER seguro o cobertura médica?

|  |    |                     |
|--|----|---------------------|
| 6 meses o menos .....                          | 1  | <b>(Pasar a F1)</b> |
| Más de 6 meses, pero no hace más de 1 año..... | 2  | <b>(Pasar a F1)</b> |
| Más de 1 año, pero no hace más de 3 años.....  | 3  | <b>(Pasar a F1)</b> |
| Más de 3 años.....                             | 4  | <b>(Pasar a F1)</b> |
| Nunca ha tenido seguro o cobertura médica..... | 5  | <b>(Pasar a F1)</b> |
| No sabe.....                                   | -8 | <b>(Pasar a F1)</b> |

E17b. En el último año, ¿hubo algún momento cuando (*nombre del participante*) no haya tenido NINGÚN seguro o cobertura médica?

|         |   |                     |
|---------|---|---------------------|
| Sí..... | 1 |                     |
| No..... | 2 | <b>(Pasar a F1)</b> |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

E16c. En el último año, ¿durante cuánto tiempo (nombre del participante) no tuvo NINGÚN seguro o cobertura médica?

\_\_\_\_ 1 = meses 2 = semanas 3 = días

#### Secciones F: Historial médico

F1. En el último año, ¿(nombre del participante) sufrió de un infarto?

Sí..... 1  
No..... 2  
No sabe..... -8

F2. En el último año, ¿(nombre del participante) sufrió de una embolia?

Sí..... 1  
No..... 2  
Sí..... -8

F3. En el último año, ¿(nombre del participante) fue diagnosticado con angina de pecho (dolor en el pecho relacionado con el corazón)?

Sí..... 1  
No..... 2  
Sí..... -8

F4. En el último año, ¿(nombre del participante) fue diagnosticado con ritmo cardíaco irregular)?

Sí..... 1  
No..... 2  
Sí..... -8

**El siguiente conjunto de preguntas se refiere a las enfermedades/afecciones que (nombre del participante) puede tener actualmente o ha desarrollado en el pasado año.**

F5. Durante el pasado año, un médico o profesional de atención médica le ha dicho que (nombre del participante) tiene alguna de las siguientes enfermedades/afecciones? **(Seleccione “Sí”, “No” o “No sé” a CADA una de las siguientes preguntas.)**

|  | <u>Sí</u> | <u>No</u>       | <u>No sé</u>     |
|--|-----------|-----------------|------------------|
| a. Diabetes Mellitus (Diabetes sacarina, alto nivel de azúcar en sangre) | 1         | 2               | -8               |
| b. Insuficiencia cardíaca (insuficiencia cardíaca congestiva)            | 1         | 2               | -8               |
| c. Eliminación de cálculos renales                                       | 1         | 2               | -8               |
| d. Leucemia  | 1         | 2               | -8               |
| e. Linfoma   | 1         | 2               | -8               |
| f. Cáncer de piel  | 1         | 2               | -8               |
| g. Otro tipo de cáncer   | 1         | 2 (Pasar a F5h) | -8 (Pasar a F5h) |
| Si es otro tipo, por favor especifique_____                              |           |                 |                  |
| h. Desorden de ansiedad  | 1         | 2               | -8               |
| i. Depresión   | 1         | 2               | -8               |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

### Sección G: Medicamentos para la presión arterial

Las siguientes preguntas son referentes a los medicamentos de presión arterial tomados en los últimos 30 días.

G1. En los últimos 30 días, ¿(nombre del participante) ha tomado algún medicamento para la presión arterial?

- Sí..... 1  
No..... 2 **(Pasar a H1)**  
No sabe..... -8 **(Pasar a H1)**

G2. ¿Cuántos medicamentos diferentes para la presión arterial ha tomado (nombre del participante)?

#### Lista de inhibidores ACE

Benazepril (Lotensin)  
Captopril (Capoten)  
Enalapril (Vasotec)  
Fosinopril (Monopril)  
Lisinopril (Prinivil, Zestril)  
Quinapril (Accupril)  
Ramipril (Altace)

#### Lista de bloqueadores de receptores de angiotensina (angiotensin receptor blockers, ARB)

Candesartán (Atacand)  
Irbesartán (Avapro)  
Losartán (Cozaar)  
Olmesartán (Benicar)  
Telmisartán (Micardis)  
Valsartán (Diovan)

G3. ¿(nombre del participante) toma algún ACE/ARB?

- Sí..... 1  
No..... 2 **(Pasar a H1)**  
No sabe..... -8 **(Pasar a H1)**

G4. ¿Cuántos ACE/ARB toma (nombre del participante)? \_\_\_\_

### Sección H: Transición a Cuidado de Adultos

Las siguientes preguntas son referentes a la transición al proveedor de cuidado para adultos.

H1a. ¿(nombre del participante) se ha transferido al cuidado para adultos?

- Sí..... 1  
No..... 2 **(Pasar a Sección I)**  
No sabe..... -8 **(Pasar a Sección I)**

H1b. ¿(nombre del participante) se ha transferido al cuidado para adultos en el año pasado?

- Sí..... 1  
No..... 2 **(Pasar a Sección I)**  
No sabe..... -8 **(Pasar a Sección I)**

## Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

Utilice una escala del 1-5, donde el 1 es malo, y el 5 es excelente, y califique la transición de cuidados pediátricos a cuidados para adultos.

|   | Malo/Difícil |   |   |   | Excelente/Fácil |
|---|--------------|---|---|---|-----------------|
|   | 1            | 2 | 3 | 4 | 5               |
| H2. ¿Cómo calificaría ( <i>nombre del participante</i> ) la transición general a cuidados para adultos? |              |   |   |   |                 |

- a. Si la calificación es menor o igual a 2, especifique los motivos por los que (*nombre del participante*) considera que la transición fue mala/difícil.

### Sección I: COVID-19 Illness Information

- I1. a. ¿Le dieron un diagnóstico de COVID-19 confirmado por laboratorio en el pasado año?

Sí..... 1 **(Pasar a I1c)**

No..... 2

- b. ¿Su médico o proveedor de atención médica le dijo que tenía un caso presunto de COVID-19 en el pasado año?

Sí..... 1

No..... 2 **(Pasar a J1)**

- c. ¿En qué fecha le dieron el diagnóstico confirmado o le dijeron que tenía un caso presunto de COVID-19? (Si no sabe la fecha exacta, por favor, indique el mes y el año.)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Mes Día Año No lo sé..... -8

- d. ¿Tuvo contacto cercano con alguien que tuviera un caso confirmado de COVID-19?

Sí..... 1

No..... 2 **(Pasar a I2)**

- e. ¿Fue el contacto dentro de los 14 días de la enfermedad presunta o confirmada de COVID-19?

Sí..... 1

No..... 2

No sabe..... -8

- f. Al momento de la enfermedad presunta o confirmada de COVID-19, ¿vivían usted y una persona con un caso confirmado de COVID-19 en la misma vivienda?

Sí..... 1

No..... 2

### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

- I2. a. ¿Está actualmente enfermo de COVID-19?  
 Sí..... 1  
 No..... 2 **(Pasar a I2c)**
- b. Número de días desde la aparición de los síntomas  
 \_\_\_\_\_ **(Pasar a J1)** No sabe..... -8 **(Pasar a J1)**
- c. Duración total de la enfermedad (si se ha recuperado)  
 \_\_\_\_ 1 = días 3 = mes(es)  
 \_\_\_\_ 2 = semana(s) -8 = No sabe  
 Not recovered/Not applicable..... -1

### Sección J: EFECTO DE LA COVID-19

J1. Debido a la COVID-19, en la semana pasada, ¿con cuánta frecuencia...

|  | Nunca | 1-2 días | 3-4 días | 5-7 días |
|--|-------|----------|----------|----------|
| a. se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas?  | 1     | 2        | 3        | 4        |
| b. se ha sentido deprimido?  | 1     | 2        | 3        | 4        |
| c. se ha sentido solitario?  | 1     | 2        | 3        | 4        |
| d. se ha sentido con esperanza en el futuro?   | 1     | 2        | 3        | 4        |
| e. ha tenido reacciones físicas, como sudor, dificultad para respirar, náuseas o palpitaciones, al pensar sobre su experiencia durante la pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19)? | 1     | 2        | 3        | 4        |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)**Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)****Por favor, indique si está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.**

|  | En total<br>desacuerdo | En des-<br>acuerdo | Neutral | De<br>acuerdo | Totalmente<br>de acuerdo |
|--|------------------------|--------------------|---------|---------------|--------------------------|
| J2. Estoy muy preocupado de contraer el coronavirus.                             | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J3. Estoy muy preocupado de que mis familiares/amigos contraigan el coronavirus. | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J4. Estoy muy preocupado de contagiarle el coronavirus a otra persona.           | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J5. Me cuesta dormir a causa del coronavirus.                                    | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J6. He tenido dificultades para concentrarme a causa del coronavirus.            | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J7. Pensar en el coronavirus me causa mucha ansiedad.                            | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |
| J8. Me estoy sintiendo agobiado por el coronavirus.                              | 1                      | 2                  | 3       | 4             | 5                        |

**Sección K: EFECTO DE LA COVID-19**

La pandemia del nuevo coronavirus (COVID-19) le ha afectado a las personas de diferentes maneras. La siguiente serie de preguntas le pide que evalúe si la pandemia de COVID-19 ha cambiado y cuánto ha cambiado varios aspectos de su vida desde más o menos el 1.º de marzo de 2020.

K1. ¿Han cambiado sus rutinas diarias desde el 1.º de marzo de 2020? Rutinas diarias son el trabajo, la escuela, las actividades sociales y religiosas y otras formas en las que normalmente pasa su tiempo.

|   |   |
|---|---|
| No, no ha habido cambios en mis rutinas diarias.....                        | 0 |
| Sí, ha habido ligeros cambios en pocas de mis rutinas .....                 | 1 |
| Sí, ha habido cambios moderados en varias de mis rutinas .....              | 2 |
| Sí, ha habido cambios considerables en todas o casi todas mis rutinas ..... | 3 |

K2. ¿Ha cambiado el ingreso de su hogar desde el 1.º de marzo de 2020?

|   |   |
|---|---|
| No, no ha habido cambios en los ingresos de mi hogar.....   | 0 |
| Sí, ha habido pequeños cambios, pero puedo satisfacer todas mis necesidades y pagar las cuentas .....                       | 1 |
| Sí, ha habido cambios moderados y he hecho recortes, pero puedo satisfacer las necesidades básicas y pagar las cuentas..... | 2 |
| Sí, ha habido cambios considerables y no puedo satisfacer las necesidades básicas ni pagar las cuentas...                   | 3 |

K3. ¿Ha cambiado su acceso a los alimentos desde el 1.º de marzo de 2020?

|  |   |
|--|---|
| No, mi acceso a los alimentos no ha cambiado .....   | 0 |
| Sí, he tenido suficientes alimentos, pero dificultad para llegar a la tienda o encontrar cosas ..... | 1 |
| Sí, ocasionalmente me han faltado alimentos o alimentos de buena calidad .....                       | 2 |
| Sí, con frecuencia me han faltado suficientes alimentos .....  | 3 |

K4a. ¿Ha estado consumiendo más comida que de costumbre desde el 1.º de marzo de 2020?

|  |   |
|--|---|
| No, no ha habido ningún cambio o he estado comiendo un poco menos que de costumbre ..... | 0 |
| Sí, he estado comiendo un poco más que de costumbre .....                                | 1 |
| Sí, he estado comiendo con más frecuencia .....  | 2 |



### Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)

- Sí, he estado comiendo con mucha más frecuencia ..... 3
- K4b. ¿Ha estado comiendo más alimentos procesados que de costumbre desde el 1.º de marzo de 2020?
- No, no ha habido ningún cambio, o he estado comiendo un poco menos que de costumbre ..... 0
- Sí, he estado comiendo un poco más alimentos procesados que de costumbre ..... 1
- Sí, he estado comiendo más alimentos procesados que de costumbre ..... 2
- Sí, he estado comiendo una alimentación mucho menos saludable ..... 3
- K5. ¿Ha cambiado su actividad física normal desde el 1.º de marzo de 2020?
- No, normalmente no hago ejercicio ..... 0
- No, he hecho ejercicio con la misma frecuencia e intensidad que de costumbre ..... 1
- Sí, he hecho ejercicio a menudo, pero no tan intenso como de costumbre ..... 2
- Sí, no he hecho ejercicio a menudo como de costumbre, pero la intensidad es la misma .... 3
- Sí, no he estado haciendo nada de ejercicio y me he vuelto muy sedentario ..... 4
- K6. ¿Ha cambiado su acceso a la atención médica desde el 1.º de marzo de 2020?
- No, no he tratado de obtener atención médica, o no la he necesitado desde el 1.º de marzo de 2020..... 0
- No, no ha habido ningún cambio en mi atención médica ..... 1
- Sí, ha habido ligeros cambios, como citas para consultas en persona que se cambiaron a consultas virtuales (por telemedicina) ..... 2
- Sí, ha habido cambios moderados, como retrasos en mi citas o para obtener mis recetas médicas, lo cual afectó en algo mi salud ..... 3
- Sí, ha habido cambios considerables; no he podido acceder a la atención médica necesaria, lo cual afectó mi salud ..... 4
- K7. ¿Ha cambiado el acceso a su familia extendida y amigos de confianza desde el 1.º de marzo de 2020?
- No, no ha habido ningún cambio ..... 0
- Sí, ha habido ligeros cambios. Continué visitándolos guardando la distancia social/física, los llamé por teléfono o me conecté con ellos a través de las redes sociales ..... 1
- Sí, ha habido cambios moderados, por lo cual perdí contacto con algunos amigos y familiares pero no con todos ellos ..... 2
- Sí, ha habido cambios considerables, por lo cual perdí contacto con todos mis amigos y familiares .. 3
- K8. En general, teniendo en cuenta todas las posibles maneras en que la pandemia de COVID-19 podría haber afectado su vida, ¿cuánto ha afectado su vida esta pandemia?
- No ha afectado en nada mi vida ..... 0
- Ha afectado un poco mi vida ..... 1
- Ha afectado moderadamente mi vida ..... 2
- Ha afectado extremadamente mi vida ..... 3
- Me niego a responder ..... -7

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)**Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)****SECCIÓN L: PREGUNTAS SOBRE SOCIALIZACIÓN DURANTE LA COVID-19**

La siguiente serie de preguntas indaga sobre sus experiencias con sus vecinos y en su barrio desde que comenzó la pandemia de COVID-19 (1.º de marzo de 2020). Por favor indique si está de acuerdo o está en desacuerdo con las siguientes afirmaciones.

|  | De acuerdo | En desacuerdo |
|--|------------|---------------|
| L1. Puedo contar con la gente de mi barrio para que me ayuden si estoy enfermo ..... | 1          | 2             |
| L2. Mis vecinos harían la compra por mí si estoy enfermo .....                       | 1          | 2             |

La siguiente serie de preguntas indaga sobre las medidas de distanciamiento social/físico y otras actividades dirigidas a reducir la exposición a la COVID-19. "No aplica" (NA) significa que usted, por lo general, no participa en estas actividades.

|  | Sí | No | NA |
|--|----|----|----|
| L3. Desde que se establecieron las medidas de distanciamiento social/físico en su ciudad, sus vecinos...   |    |    |    |
| a. ¿lo han llamado/contactado para averiguar si necesitaba alguna cosa?  | 1  | 2  | -1 |
| b. ¿se han ayudado unos a otros en algunas cosas como comprar comestibles o hacer mandados para reducir al mínimo su riesgo de contraer la COVID-19? | 1  | 2  | -1 |
| c. ¿han colaborado entre ellos para cuidarse unos a otros?   | 1  | 2  | -1 |
| L4. ¿Qué medidas ha tomado para reducir su riesgo de exposición a la COVID-19 desde el 1.º de marzo de 2020?   | Sí | No | NA |
| a. Lavarme las manos o usar desinfectante para las manos con frecuencia .....  | 1  | 2  | -1 |
| b. Mantenerme al menos a 6 pies (2 metros) de distancia de otras personas .....  | 1  | 2  | -1 |
| c. Evitar las reuniones con mucha gente .....  | 1  | 2  | -1 |
| d. Dejar de ir a restaurantes o bares .....  | 1  | 2  | -1 |
| e. Cancelar los viajes que tenía planificados .....  | 1  | 2  | -1 |
| f. Llevar puesta una mascarilla/barbijo .....  | 1  | 2  | -1 |
| g. Evitar dar la mano o tocar a otras personas .....   | 1  | 2  | -1 |
| h. Quedarme en casa cuando estoy enfermo .....   | 1  | 2  | -1 |
| i. No asistir al trabajo o trabajar a distancia (cuando es posible trabajar) .....   | 1  | 2  | -1 |
| j. No asistir a la escuela (cuando es posible asistir a la escuela) .....  | 1  | 2  | -1 |
| k. No asistir a la iglesia o a los servicios religiosos (cuando la iglesia los celebra en persona) .....   | 1  | 2  | -1 |
| l. Evitar usar el transporte público .....   | 1  | 2  | -1 |
| m. Limpiar las superficies con desinfectante .....   | 1  | 2  | -1 |
| n. Hacer pedidos de comestibles para entrega a domicilio .....   | 1  | 2  | -1 |
| o. Obedecer las directrices o reglas del gobierno respecto a quedarse en casa y limitar los contactos con otras personas .....                       | 1  | 2  | -1 |
| p. Fui puesto en cuarentena completa por las autoridades locales .....   | 1  | 2  | -1 |

Id. del participante: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

PIP N.º: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado del formulario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(MM/DD/AAAA)

**Formulario de entrevista telefónica/personal (PFU01)**

L5. ¿Recibió alguna recomendación de algún proveedor de atención médica sobre cómo reducir su riesgo de exposición a la COVID-19?

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| a. de mi médico de atención primaria/de cabecera ..... | 1  | 2  |
| b. de mi nefrólogo.....                                | 1  | 2  |
| c. de otro proveedor de atención médica.....           | 1  | 2  |

**FIN DEL FORMULARIO**