

**SOCIAL SUPPORT**

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number        Date of Patient Visit        
mmm dd yyyy

Protocol Number       Institution Code

Form Week   \* Seq No.  \*\* Step No.  Key Operator Code

\* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on the same date with a 2, 3, etc.  
 \*\*Enter the subject's current study step number. Enter '1' if the study does not have multiple steps.

**INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:**

The following questionnaire asks the subject about his/her assessment of social support. **It should be given to the subject prior to the clinical exam and preferably in a quiet, secluded area (e.g., exam room or other office).** The subject must be able, at a minimum, to read at the sixth grade level to complete the questionnaire without additional assistance.

It is important to be familiar with the content and format of the questionnaire before giving it to study participants. At the first visit, please begin by telling the participant:

"Quisieramos que contestara algunas preguntas acerca de la ayuda que usted recibe de sus amigos y familiares. Le agradecemos mucho el que usted complete este cuestionario."

You should then briefly go over the format of the questionnaire. Have the participant fill out the questionnaire before vital signs, history and physical are completed.

The questionnaire is very brief and should take no more than 5 minutes to complete. Before giving the subject the questionnaire, please fill out the header.

The questionnaire asks the subject to check the most appropriate answer for each question.

Collect the completed questionnaire and review for omissions before the clinical exam. If the participant did not answer the questions, point this out and have him/her complete the omissions before continuing with the exam.

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER THE SUBJECT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE.**

1. How was the questionnaire completed? .....   
 If "4" go to question 1a.
- 1-Self administered by the study participant
  - 2-Face to face interview that you conducted
  - 3-Phone interview
  - 4-Not completed
  - 9-Other, specify

If Other, specify [30]: \_\_\_\_\_

- a. If you answered "4-Not completed," please indicate the reason(s) why: .....
- 1-Subject refused
  - 2-Subject missed clinic visit
  - 3-There was not enough time
  - 9-Other reason, specify

If Other reason, specify [30]: \_\_\_\_\_



**SOCIAL SUPPORT**

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number           Date of Patient Visit          
mmm dd yyyy

Protocol Number         Institution Code

Form Week    \* Seq. No.  \*\* Step No.  Key Operator Code

**INSTRUCCIONES AL SUJETO:** Estas preguntas están diseñadas para aprender mas acerca de la ayuda que usted recibe de sus amigos y familiares. Estas preguntas no tienen respuestas correctas ni incorrectas.

Por favor, marque (“✓”) en la casilla de la repuesta mas apropiada. Marque sólo una respuesta en cada pregunta.

1. ¿Hay miembros de su familia que están vivos?  Sí  No
- 1 2

**NOTA:** Otras personas diferentes de sus parientes (padres, hermanos, tíos, abuelos, sobrinos, primos, etc.) pueden incluirse como familia. Cuente como familia a personas que lo cuidaron cuando usted crecía (padres adoptivos o amigos cercanos de la familia, por ejemplo). Cuente también a personas que usted ayudo a cuidar cuando crecían (hijos adoptivos, por ejemplo).

**Si usted contestó “No” a esta pregunta, entonces continúe con la Pregunta 5.  
 Si usted contestó “Sí”, entonces continúe con la siguiente pregunta (Pregunta 2).**

2. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha estado usted en contacto con familiares en persona o por teléfono?

<b>Nunca</b>	<b>Varias Veces</b>	<b>Casi cada mes</b>	<b>Casi cada semana</b>	<b>Casi cada día o más</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	

3. ¿Algunos de sus familiares sabe que usted es HIV+?

<b>Ninguno de ellos</b>	<b>Algunos de ellos</b>	<b>Alrededor de la mitad</b>	<b>La mayoría de ellos</b>	<b>Todos ellos</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	

4. En general, ¿qué tan contento está con el apoyo (la ayuda) que usted recibe de su familia?

<b>No estoy contento</b>	<b>Un poco contento</b>	<b>Moderadamente contento</b>	<b>Muy contento</b>	<b>Sumamente contento</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>1</small>	<small>2</small>	<small>3</small>	<small>4</small>	<small>5</small>	



SOCIAL SUPPORT

Pt. No.      \* Seq. No.  \*\* Step No.  Date        
mmm dd yyyy

5. Además de la familia, ¿cuántos buenos amigos diría usted que tiene?

*(Marque la casilla de un número; escriba el número si es más de 5.)*

0     1     2     3     4     5     Más de 5.  
 (¿Cuántos?) \_\_\_\_\_

*Si usted contestó "0" en la pregunta 5, entonces PARE y pase a la forma siguiente. En caso contrario, por favor continúe con la pregunta siguiente (Pregunta 6).*

6. ¿Cuántos de sus buenos amigos piensa usted que saben que usted es HIV+?

**Ninguno de ellos**    **Algunos de ellos**    **Alrededor de la mitad**    **La mayoría de ellos**    **Todos ellos**      
 1     2     3     4     5

7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia ha estado usted en contacto con sus buenos amigos en persona por teléfono?

**Nunca**    **Varias Veces**    **Casi cada mes**    **Casi cada semana**    **Casi cada día o más**      
 1     2     3     4     5

8. En general, ¿qué tan contento está con el apoyo (la ayuda) que usted recibe de sus buenos amigos?

**No estoy contento**    **Un poco contento**    **Moderadamente contento**    **Muy contento**    **Sumamente contento**      
 1     2     3     4     5

Language:  Spanish

