

BASELINE SOCIODEMOGRAPHICS SELF REPORT

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 1 of 3

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*Seq No.	<input type="text"/>	**Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on 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.

FOR OFFICE USE ONLY - DETACH THIS PAGE

INSTRUCTIONS TO THE STUDY PERSONNEL:

The BASELINE SOCIODEMOGRAPHICS SELF REPORT should be given to the participant prior to the clinical exam. The participant must be able to read at the sixth-grade level at a minimum 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:

- Por favor, conteste todas las preguntas honestamente. A usted no se le "juzgará" con base en sus respuestas.
- Si usted no desea contestar una pregunta, por favor trace una línea sobre dicha pregunta.
- Cuando haya completado el formulario, éste será revisado rápidamente para asegurarse de que usted, por error, no haya dejado preguntas de lado (sin trazar una línea sobre ellas). Sus respuestas específicas a las preguntas no serán revisadas.
- Por favor, siéntase libre de hacer preguntas si usted necesita explicación sobre cualquier pregunta.

The questionnaire is very brief and should take less than 5 minutes to complete. Before giving the participant the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE.

Each question is in the same general format and contains several items. Note that the participant is always asked to make a "✓" next to the appropriate answer.

Collect the completed questionnaire. Before going on, review the questionnaire for omissions. If the participant missed any of the questions, point this out and encourage him/her to complete the omissions.

For data keying, if the subject did not answer a question, enter "-1." Do not leave any fields blank.

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER THE PARTICIPANT COMPLETES THE QUESTIONNAIRE OR AFTER YOU ASCERTAIN THAT THIS IS NOT POSSIBLE:

1. How was the questionnaire completed?
- 1-Self administered by the study participant
 - 2-Face-to-face interview that you conducted
 - 3-Both self-administered and interview
 - 4-Not completed
 - 9-Other, specify

If Other, specify [30]: _____

- a. If "4-Not completed", indicate the reason:
- 1-Participant refused
 - 2-Participant missed clinic visit
 - 3-There was not enough time
 - 9-Other reason, specify

If Other, specify [30]: _____



BASELINE SOCIODEMOGRAPHICS SELF REPORT

NIAID ADULT AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Page 2 of 3

Patient Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Date of Patient Visit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					mmm	dd	yyyy			
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Form Week	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	* Seq. No.	<input type="text"/>	** Step No.	<input type="text"/>	Key Operator Code	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Enter a "1" if this is the first of this form for this date. Designate subsequent forms on 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.

Estas preguntas son sobre sus antecedentes.

1. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha terminado? *(Marque una casilla)*
- | | | | |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Grado 11 o menos | 0 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Graduado de escuela secundaria o certificado de GED | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Algo de educación universitaria | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Graduado de la universidad (BA o BS) | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Título de maestría | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Título de doctor/médico/abogado | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Por favor indique si alguna de las situaciones siguientes es la manera probable como usted se infectó del VIH:
(Marque "Sí" o "No" en cada pregunta.)

	Sí	No	
a. Tuvo relaciones sexuales con un hombre que era VIH+.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tuvo relaciones sexuales con una mujer que era VIH+	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Compartió agujas con una persona que era VIH+.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Tuvo una transfusión de sangre u otro procedimiento médico	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No sé	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro (se picó con una aguja en el trabajo, etc.).....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si la respuesta es Otro, especifique por favor:

3. ¿Usted trabaja fuera de la casa por un salario? _____ Sí No
- 1 2

4. ¿Cuál es el monto promedio **anual** de los ingresos de la familia – incluyendo trabajos remunerados, asistencia pública/bienestar social, seguridad social por invalidez, asistencia por divorcio o separación, asistencia a menores, etc.?

(Marque una casilla)

Menos de \$5.000 por año	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 5.000 a 9.999	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 10.000 a 19.999	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 20.000 a 29.999	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 30.000 a 39.999	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 40.000 a 49.000	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$50.000 o más por año	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



BASELINE SOCIODEMOGRAPHICS SELF REPORT

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

5. ¿Usted tiene hijos? Sí No
1 2
Si la respuesta es No, pase a la pregunta 6.

a. Si la respuesta es Sí, ¿cuántos hijos viven con usted?.....

6. ¿Usted normalmente provee apoyo o asistencia a un amigo o miembro de la familia que está enfermo o que necesita alguna ayuda, como por ejemplo con sus actividades diarias? Sí No
1 2

7. ¿Usted vive con alguien (además de usted) que es VIH+? Sí No
1 2

a. Si la respuesta es Sí, esa persona está tomando medicamentos contra el VIH (anti-retrovirales). Sí No
1 2

8. ¿Cómo paga usted por su cuidado médico? **(Marque "Sí" o "No" en cada pregunta.)**
Sí No

- a. Pagado por el gobierno (Medicaid, Medicare, ADAP, VA, Ryan White, etc.)..... 1 2
- b. Seguro privado..... 1 2
- c. Pagado por usted mismo, de su bolsillo 1 2

9. ¿Usted ha tomado alguna vez medicamentos o ha sido tratado (por ejemplo, haber visto a un psicólogo o a un consejero) por depresión u otros problemas de salud mental? Sí No
1 2

10. Actualmente, usted está tomando medicamentos o está siendo tratado (por ejemplo, viendo a un psicólogo o a un consejero) por depresión u otros problemas de salud mental? Sí No
1 2

Language: Spanish

