OFFICE USE ONLY Registrant ID:_____

Formulario de encuesta de registro DEODC para reacción rápida

Hola, me llamo _____.

Insert information about the event and the public health agency collecting data in this space.

Estamos reuniendo información de salud relacionada con emergencias. Esta información es importante para nosotros y para las personas afectadas. ¿Le puedo leer una declaración de consentimiento y después hacerle algunas preguntas sobre su salud?

Estamos reuniendo información sobre personas expuestas a este evento, para que puedan recibir información sobre exposición, salud o servicios. También es posible que más adelante reciba alguna información, para ver si quiere participar en un estudio sobre la salud. La decisión de inscribirse o no en el Registro es completamente suya. Si decide inscribirse, le haremos preguntas que tomarán entre 5 y 10 minutos de su tiempo. Puede optar por no contestar cualquiera de las preguntas. Toda la información se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley.

EVENT CODE |___|___| **SITE NUMBER** |___|___|___| **SITE COUNTY** |___|___|___|

INTERVIEWER ID |___|___|___|

INTERVIEWER NAME _____

DATE: |___|___| - |___|___ | - |___|___|
M M D D Y Y

TIME STARTED |___|___| : |___|___ | |___|
H H M M A/P

REFUSED TO ENROLL? |___| **If YES, Please explain why**_____
YES

OFFICE USE ONLY Registrant ID:_____

Formulario de encuesta de registro DEODC para reacción rápida

Información sobre la persona que se inscribe

1. ¿Habla inglés?
1 ☐ Yes 2 ☐ No
IF NO: ¿Qué idioma prefiere?_____

2. Datos obtenidos:
1 ☐ De la persona que se inscribe
2 ☐ De su representante
3 ☐ De médicos/médico forense/otros registros
994 ☐ Otro, especifique:_____
998 ☐ No sabe

3. ¿Cuál es su nombre completo?
Nombre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Segundo nombre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Apellido(s) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

4. ¿Cuántos años tiene? _____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

5. Si es necesario: ¿Cuál es su sexo?
1 ☐ Male 2 ☐ Female
998 ☐ Not Determined 999 ☐ Refuse to answer

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
|___|___| - |___|___| - |___|___|___|___|
MM DD YYYY
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

7. ¿Cuál es su número de Seguro Social?
(Su NSS sólo se usará para hacer coincidir nuestros datos con otros registros de salud y se mantendrá confidencial en la medida en que lo permita la ley).
|___|___|___| - |___|___| - |___|___|___|___|
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

8. A. ¿Cuál es su dirección?
Dirección _____
_____ N° de Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _ _ _ _ _
998 ☐ Don't know address 999 ☐ Refuse to answer
Condado _____
998 ☐ Don't know county 999 ☐ Refuse to answer

B. ¿Cuántas personas viven en esa dirección?_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

9. ¿Cuál es …

A. ¿el número de teléfono de su casa?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

B. ¿el número de teléfono de su trabajo?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

C. ¿su número de teléfono celular u otro teléfono?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 997 ☐ Same as Home Phone
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

10. ¿Tiene una dirección de correo electrónico?
1 ☐ Yes, SPECIFY: _____
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

11. ¿Tiene trabajo?
1 ☐ Employed, SPECIFY EMPLOYER'S NAME:
_____
_____

¿Cuál es su puesto en el trabajo?
_____

¿Qué hace en su trabajo?
_____
_____

2 ☐ Not employed
3 ☐ Self-employed
993 ☐ Not applicable
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

Información sobre el representante o un amigo o pariente cercano
(If data obtained **NOT** from registrant, please skip to question 13.)

12. ¿Hay alguien que no viva con usted que pueda ponerse en contacto con usted?
1 ☐ Yes
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know | ► SKIP TO QUESTION 22
999 ☐ Refuse to answer | ► SKIP TO QUESTION 22

13. ¿Cuál es su nombre completo?
Nombre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Apellido |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Inicial |__|

14. ¿Cuál es su dirección?
Dirección _____
_____ N° de Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _ _ _ _ _
995 ☐ Same as Registrant 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

15. ¿Cuál es…

A. ¿el número de teléfono de su casa?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
995 ☐ Same as Registrant 996 ☐ None
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

B. ¿el número de teléfono de su trabajo?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

C. ¿su número de teléfono celular u otro teléfono?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 997 ☐ Same as Home Phone
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

16. ¿Tiene una dirección de correo electrónico?
1 ☐ Yes, SPECIFY: _____
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

OFFICE USE ONLY Registrant ID:_____

Información sobre otro amigo/pariente cercano

17. ¿Hay otra persona que no viva con usted (con la persona que se inscribe) que pueda ponerse en contacto con usted (con la persona que se inscribe)? (Esta persona no debe vivir en la misma dirección que la persona indicada en la pregunta 13).

1 ☐ Yes
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know | ► SKIP TO QUESTION 22
999 ☐ Refuse to answer | ► SKIP TO QUESTION 22

18. ¿Cómo se llama esa persona?

Nombre |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Apellido |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Inicial |__|

19. ¿Cuál es su dirección?

Dirección _____
_____ N° de Apto. _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _ _ _ _ _
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

20. ¿Cuál es …

A. ¿el número de teléfono de su casa?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

B. ¿el número de teléfono de su trabajo?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

C. ¿su número de teléfono celular u otro teléfono?
(__ __ __) __ __ __ - __ __ __ __
996 ☐ None 997 ☐ Same as Home Phone
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

21. ¿Tiene una dirección de correo electrónico?

1 ☐ Yes, SPECIFY: _____
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

Información sobre exposición

Ahora le voy a hacer unas pocas preguntas sobre su experiencia en este evento.

22. ¿Estuvo expuesto a este evento en función de (Marque todo lo que corresponda):

1 ☐ A resident
2 ☐ A passerby
3 ☐ An employee
4 ☐ A responder or rescue worker
5 ☐ A government official
6 ☐ A clean-up worker
7 ☐ A non-governmental organization/site volunteer
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

23. ¿Estaba en el lugar del evento cuando empezó el evento?

1 ☐ Yes 2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

24. Al principio del evento del [FECHA] a las [HORA], ¿en qué dirección se encontraba? _____
_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

25. ¿Cómo se llama el edificio que tenía más cerca?
_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

26. ¿Cuál era la intersección más cercana?
_____
_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

27. ¿Qué punto de referencia tenía más cerca?
_____
_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

28. Al principio del evento, ¿estaba (Marque todo lo que corresponda):

1 ☐ Inside a building or structure
2 ☐ Inside a car or other vehicle
3 ☐ Outside
994 ☐ At some other location, SPECIFY: _____
_____
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

29. ¿Se lesionó o enfermó a causa del evento?

1 ☐ Yes, DESCRIBE: _____
2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

30. Antes del evento, ¿tenía alguno de los siguientes problemas? (Marque todo lo que corresponda)

1 ☐ Chronic illness
2 ☐ Physical disability
994 ☐ Other disability
996 ☐ None
998 ☐ Don't Know | ► SKIP TO QUESTION 32
999 ☐ Refuse to answer | ► SKIP TO QUESTION 32

31. Si contestó que sí, describa el/los problema(s):
_____
_____

32. Si la persona que se inscribe es de sexo masculino, o si es una niña menor de 12 años de edad, pase a la pregunta 33. De lo contrario. Pregunte:
¿Está embarazada?

1 ☐ Yes 2 ☐ No
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

33. A causa de este evento, ¿necesita alguna de las siguientes cosas? (Marque todo lo que corresponda):

1 ☐ Medications/supplies 2 ☐ Medical care
3 ☐ Water 4 ☐ Food
5 ☐ Shelter 6 ☐ Utilities
994 ☐ Other, SPECIFY: _____
996 ☐ None
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

34. ¿Cuál de los siguientes describe mejor el nivel de seguro de salud que tiene?

1 ☐ Full or comprehensive
2 ☐ Partial or limited
996 ☐ None
998 ☐ Don't Know | ► SKIP TO QUESTION 36
999 ☐ Refuse to answer | ► SKIP TO QUESTION 36

35. ¿Cómo se llama su plan de seguro de salud?
_____

36. Pregunta 1 específica sobre el evento.

1 ☐ Response Option 1 2 ☐ Response Option 2
3 ☐ Response Option 3 4 ☐ Response Option 4
5 ☐ Response Option 5 6 ☐ Response Option 6
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

37. Pregunta 2 específica sobre el evento.

1 ☐ Response Option 1 2 ☐ Response Option 2
3 ☐ Response Option 3 4 ☐ Response Option 4
5 ☐ Response Option 5 6 ☐ Response Option 6
998 ☐ Don't Know 999 ☐ Refuse to answer

Hemos terminado nuestra entrevista. Muchas gracias por su tiempo.

TO BE COMPLETED BY INTERVIEWER

38. Indicate the severity of the effect on registrant

1 ☐ No Obvious Effect
2 ☐ Affected, Ambulatory
3 ☐ Unconscious, Non-Ambulatory, Or Badly Injured/Ill
4 ☐ Dead
993 ☐ Not applicable 999 ☐ Refuse to answer