

**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

(For Ages 12 - 24 Years)

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

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"/>		mmm	dd	yyyy		
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 - TEAR OFF SHEET**

**INSTRUCTIONS TO THE STUDY NURSE:**

The following questionnaire asks the patient about many aspects of his/her health and health care. It should be given to the patient prior to the clinical exam and preferably in a quiet secluded area (e.g., exam room or other office). The patient 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:

"We would like you to answer some questions about how you are feeling and the kinds of things you are able to do. Your answers will help us understand the effects of the medication you are taking. We appreciate your filling out this questionnaire."

You should then briefly go over the format of the questions and how to complete them. Have the participant complete the questionnaire before vital signs, history and physical are completed. The questionnaire is very brief and should take no more than 10 minutes to complete. Before giving the patient the questionnaire, please fill out the header(s) and DETACH THIS PAGE. Each question is in the same general format. Note that the patient is always asked to circle a number or make an "X" or a "✓" next to the appropriate category. All questions refer to the PAST 4 WEEKS. Collect the completed questionnaire before the clinical exam. Before going on, review the questionnaire for omissions. If the participant missed any of the questions, point this out and have him/her complete the omissions.

**PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING ITEMS AFTER PATIENT 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 - Phone interview
  - 4 - Not completed
  - 5 - Other

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

2. If you answered '4 - Not completed', please indicate the reason(s) why: (1-Yes, 2-No)

- a. Patient refused initially: .....
- b. Patient's reading level not adequate: .....
- c. Patient could not complete it after trying: .....
- d. There was not enough time: .....
- e. Patient forgot reading glasses: .....
- f. Other reason: .....

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



**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

NIAID AIDS CLINICAL TRIALS GROUP

Patient Number	<input type="text"/>	<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"/>
						mmm	dd	yyyy	
Protocol Number	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Institution Code	<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 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.

**INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE:** Por favor contestar las siguientes preguntas poniendo un circulo alrededor de la respuesta mas acertada.

A. En una escala de 1 a 10 (1 siendo lo peor, y 10 siendo lo mejor):

¿COMO SE HA SENTIDO, EN PROMEDIO, DURANTE LAS ULTIMAS 4 SEMANAS?

(Por favor ponga un circulo alrededor de un número entre 1 y 10 en cada pregunta)

	Lo peor que me he sentido										Lo mejor que me he sentido	
1. ¿En general?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
2. ¿Fisicamente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
3. ¿Emocionalmente?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
4. ¿En su vida personal?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>
5. ¿En su trabajo*?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>

\*Si usted se ocupa de la casa, estudia, es jubilado, o sin empleo, SU TRABAJO se refiere a sus obligaciones diarias, faenas, rutina o escuela.



**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

(For Ages 12 - 24 Years)

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

B. Si es del caso, ¿QUÉ TANTO ha interferido SU SALUD su habilidad en cada una de las actividades siguientes, durante las ÚLTIMAS 4 SEMANAS?  
*(Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta en cada pregunta)*

	Nunca	Un poquito	Un poco	Bastante	Muchísimo	
1. ¿El tipo o cantidad de actividad fuerte que usted puede realizar, como levantar objetos pesados, correr, o participar en deportes estrenuos?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
2. ¿El tipo o cantidad de actividad moderada que usted puede realizar, como mover una mesa, cargar comestibles o deportes moderadamente activos, como jugar bolos?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
3. ¿Caminar cuesta arriba o subir varios pisos de escaleras?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
4. ¿Caminar una cuadra?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
5. ¿Doblarse, levantarse o encorvarse?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
6. ¿Comer, vestirse, bañarse o usar el inodoro?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

Por favor, mencione otros problemas si lo desea [140]:

---



---



**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

(For Ages 12 - 24 Years)

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

C. Estas preguntas se refieren a **CÓMO SE SIENTE USTED** y **CÓMO LE HAN ESTADO SALIENDO LAS COSAS** durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor provea una respuesta que sea lo más cercana posible a la forma como usted se ha sentido **DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS**.

*(Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta en cada pregunta)*

¿POR CUANTO TIEMPO USTED...?	Un poquito de tiempo						Todo el tiempo
	Nunca	Un poquito de tiempo	Alguna parte del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	
1. ¿Ha sido una persona muy nerviosa? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2. ¿Se ha sentido tan desmoralizado que nada puede animarlo? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha sentido lleno de ánimo y vitalidad? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha sentido calmado y en paz?.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se ha sentido descorazonado y melancólico? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
6. ¿Se ha sentido agotado? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha sido una persona feliz? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
8. ¿Se ha sentido cansado? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tuvo suficiente energía para hacer las cosas que quería hacer?.....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tuvo dificultad para recordar cosas? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tuvo dificultad para hacer actividades que requerían concentración o pensamiento? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
12. ¿Reaccionó lentamente a cosas dichas o hechas? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>



**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

(For Ages 12 - 24 Years)

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

D. ¿POR CUÁNTO TIEMPO SU SALUD (problemas físicos o emocionales) ha hecho que usted haga lo siguiente, DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

*(Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta en cada pregunta)*

¿POR CUÁNTO TIEMPO SU SALUD HA HECHO QUE USTED...?	Nunca	Por un poquito de tiempo	Parte del tiempo	Buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	
1. ¿Se quede en la cama porque no se siente bien? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tenga que reducir sus actividades diarias habituales, como su trabajo? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
3. ¿Disminuya sus actividades sociales, como visitar a amigos y familiares? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

E. Usted pudo haber recibido atención médica o asistencia general DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

LO MEJOR QUE PUEDA RECORDAR, ¿CUÁNTAS NOCHES, VISITAS O VECES?

*(Marque una "X" o un "✓" en el espacio al lado de su respuesta)*

1. ¿CUÁNTAS NOCHES estuvo usted hospitalizado?

0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(1)</small>	<small>(2)</small>	<small>(3)</small>	<small>(4)</small>	<small>(5)</small>	<small>(6)</small>	<small>(7)</small>	

2. ¿CUÁNTAS VISITAS hizo usted a una clínica, a un consultorio o a una sala de urgencias para ver a un médico, a una enfermera o a otro especialista?

0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(1)</small>	<small>(2)</small>	<small>(3)</small>	<small>(4)</small>	<small>(5)</small>	<small>(6)</small>	<small>(7)</small>	

3. ¿CUÁNTAS VECES una enfermera u otro proveedor de cuidado de salud lo visitó en su casa?

0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(1)</small>	<small>(2)</small>	<small>(3)</small>	<small>(4)</small>	<small>(5)</small>	<small>(6)</small>	<small>(7)</small>	

4. ¿CUÁNTAS VECES usted recibió ayuda de tipo general para hacer los quehaceres domésticos, hacer compras, o para su cuidado personal (por ejemplo, bañarse o vestirse)?

0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(1)</small>	<small>(2)</small>	<small>(3)</small>	<small>(4)</small>	<small>(5)</small>	<small>(6)</small>	<small>(7)</small>	

5. ¿CUÁNTAS VECES usted llamó a su clínica, a su médico, a su enfermera o a otro proveedor de cuidado de salud para hacer una consulta médica por teléfono?

0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	>20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(1)</small>	<small>(2)</small>	<small>(3)</small>	<small>(4)</small>	<small>(5)</small>	<small>(6)</small>	<small>(7)</small>	



**GENERAL HEALTH SELF-ASSESSMENT FORM**

(For Ages 12 - 24 Years)

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

F. Las preguntas que siguen son acerca de SÍNTOMAS O SENSACIONES que usted pudo haber tenido durante las últimas 4 semanas. Por favor conteste QUÉ TAN AFLICTIVOS han sido para usted los siguientes síntomas, DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

(Por favor, haga un círculo alrededor de una respuesta en cada pregunta)

¿QUÉ TANTO FUE AFLIGIDO SU HIJO POR ESTOS SÍNTOMAS O SENSACIONES?	Nada	Muy Poco	Un Poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	
1. ¿Dolor físico o de cuerpo? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tos, asma? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
3. ¿Náusea, vómito, dolor abdominal o de estómago? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ronchas, picazón u otro problema de la piel? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fatiga, debilidad? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
6. ¿Sensación de mareo o aturdimiento? ...	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
7. ¿Fiebre, sudadas nocturnas, agitación, escalofrió? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
8. ¿Pérdida de apetito? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
9. ¿Dificultad para dormir? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
10. ¿Problema con los ojos, problema con la visión? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
11. ¿Dolor de cabeza? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
12. ¿Boca seca o dolorida, problema para ingerir? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
13. ¿Dolor de pecho o tensión? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
14. ¿Dificultad para respirar o para recobrar el aliento? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
15. ¿Nariz que gotea, problema de sinusitis? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
16. ¿Dolores musculares, dolor en las articulaciones de los huesos? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
17. ¿Dolor, entumecimiento u hormigueo en las manos o los pies? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
18. ¿Incomodidad en general? .....	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.  
 SU AYUDA SERÁ MUY VALIOSA EN LA EVALUACIÓN DE NUEVAS TERAPIAS.

Language:  Spanish

Date Form Keyed (DO NOT KEY): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

