



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## INFORMACIÓN PERSONAL

1. A continuación, encontrará una lista de grupos de ingresos. Marque cuál de los grupos de ingresos representa mejor el ingreso total combinado de su familia de los últimos 12 meses. Esto incluye el ingreso total previo al pago de los impuestos devengado en el último año por todos los integrantes de la familia que viven con usted. Incluya dinero de trabajos, ingresos netos de negocios, cultivos o arrendamientos, pensiones, dividendos, asistencia social, pagos del seguro social y cualquier otro dinero que reciba usted o cualquier otro integrante de la familia que viva con usted.

- Menos de \$5000       \$5000 a \$7999       \$8000 a \$11,999       \$12,000 a \$15,999  
 \$16,000 a \$19,999       \$20,000 a \$24,999       \$25,000 a \$29,999       \$30,000 a \$34,999  
 \$35,000 a \$39,999       \$40,000 a \$49,999       \$50,000 a \$74,999       \$75,000 a \$99,999  
 \$100,000 o más

2. ¿Cuántas personas se mantienen con este ingreso?

\_\_\_\_\_

3. Número de Seguro Social (SSN):

\_\_\_\_\_  No tengo un SSN     No lo sé

4. Contacto de emergencia (del mismo hogar):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal:

\_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo:

\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa:

\_\_\_\_\_

Relación con usted (marque una sola opción):

Cónyuge/Pareja     Hermano     Hijo     Amigo/Otro     Otro parentesco

5. Contacto de emergencia (de otro hogar):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio:

\_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal:



Participant ID: \_\_\_\_\_

Participant Initials: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Visit Number: \_\_\_\_\_

CRF Date: \_\_\_\_\_

RC ID: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERSONAL

	<p>Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____</p> <p>Correo electrónico: _____ Teléfono de la casa: _____</p> <p>Relación con usted (marque una sola opción):</p> <p><input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja   <input type="checkbox"/> Hermano   <input type="checkbox"/> Hijo   <input type="checkbox"/> Amigo/Otro   <input type="checkbox"/> Otro parentesco</p>
6. Información del médico/proveedor:	<p>Nombre: _____ Apellido: _____</p> <p>Título: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Ciudad, estado, código postal: _____</p> <p>Teléfono: _____ Última consulta: _____</p>

**For Research Coordinator use only:** CRF was:    Self-administered    Interviewer-administered