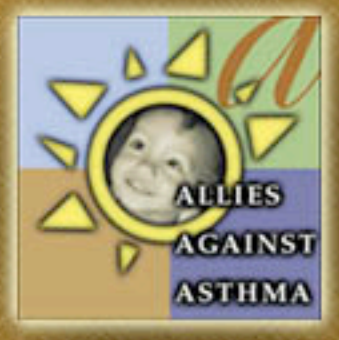
Asthma Core Caregiver Survey



ALLIES AGAINST ASTHMA
ASTHMA CORE CAREGIVER SURVEY

Instrument Description

The Asthma Core Caregiver Survey can be used to assess individual-level asthma-related outcomes. This instrument is a compilation of previously existing surveys designed to collect self-report data about asthma management, exposures to community events and programs, and outcomes. It was designed to measure individual outcomes between baseline and follow-up periods within an intervention and control/comparison group. It measures the following:

- Quality of Life: The Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire was used to measure quality of life. (To obtain this questionnaire and additional information about its use, please go to http://www.qoltech.co.uk/PaedAsthma.htm)
- Asthma Symptoms
- Exposure to Asthma-Related Community Events and Programs
- Parent Asthma Management Strategies
- Hospitalizations and Emergency Department visits (self-report)

The English version and a Spanish translation are included in this document.

Development and Conditions of Use

Adapted by Allies Against Asthma, 2003.

For use and/or adaptations of this document, please credit Allies Against Asthma and the applicable references below.

REFERENCES

Quality of Life
Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., & Townsend, M. (1996). Measuring quality of life in the parents of children with asthma. *Quality of Life Research*, *5*, 27-34.

Asthma Symptoms
Evans, R. 3rd., Gergen, P.J., Mitchell, H., Kattan, M., Kercsmar, C., Crain, E., Anderson, J., Eggleston, P., Malveaux, F.J., Wedner H.J., (1999). A randomized

clinical trial to reduce asthma morbidity among inner-city children: Results of the National Cooperative Inner-City Asthma Study. *Journal of Pediatrics, 135(3)*:332-8

Exposure to Community Events and Programs

Fisher, E. B., Strunk, R. C., Sussman, L. K., Sykes, R. K., & Walker, M. S., (2004). Community organization to reduce the need for acute care for asthma among African American children in low-income neighborhoods: The Neighborhood Asthma Coalition. *Pediatrics*, *114*, 116-123.

Fisher, E. B., Sussman, L. K., Arfken, C., Harrison, D., Munro, J., Sykes, R. K., Sylvia, S. & Strunk, R. C., (1994). Targeting high risk groups: Neighborhood organization for pediatric asthma management in the Neighborhood Asthma Coalition. *Chest*, *106*, 248S-259S.

Fisher, E. B., Strunk, R. C., Sussman, L. K., Arfken, C., Sykes, R. K., Munro, J. F., Haywood, S., Harrison, D., & Bascom, S., (1996). Acceptability and feasibility of a community approach to asthma management: The Neighborhood Asthma Coalition (NAC). *Journal of Asthma*, *33*, 367-383.

Parent Asthma Management Strategies

Clark, N. M., Feldman, C. H., Evans, D., Duzey, O., Levison, M. J., Wasilewski, Y., Kaplan, D., Rips, J., Mellins, R.B., (1986). Managing better: children, parents, and asthma. *Patient Education and Counseling, 8*, 27-38.

Contact Information

Allies Against Asthma National Program Office
Center for Managing Chronic Disease
University of Michigan
109 South Observatory Street
Ann Arbor, MI 48109-2029

Phone: 734-615-3312
Fax: 734-763-7379
E-mail: asthma@umich.edu
www.AlliesAgainstAsthma.net

ALLIES AGAINST ASTHMA
ASTHMA CORE CAREGIVER SURVEY

Date of administration: _____/_____/_____

Site ID# _____
Respondent ID# _____

Administration Method:
(check one)

____ Self-administered
____ Interviewer-administered
If interviewer-administered:
Interviewer ID: _____
How interviewed? _____phone _____face-to-face

Language:

____ English
____ Spanish
____ Other _____

Paediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire

This section, two pages long, is not included in this document due to copyright restrictions; to obtain this questionnaire and additional information about its use, please go to http://www.qoltech.co.uk/PaedAsthma.htm

Asthma Symptoms

These next four questions ask about how asthma affects you and [CHILD] each day. The questions ask about asthma symptoms during two different time periods: in the last 14 days, and over the last 12 months.

S1. During the daytime in the last 14 days, how many days did [CHILD] have asthma symptoms such as wheezing, shortness of breath, tightness in the chest, or cough? ____Days

S1.1 How about in the last 12 months? ____Days

Begin with a PAUSE, if no answer restate the question.
Avoid ranges: if given a range, i.e. 2 to 5 days a month, ask, "would that be closer to 2 or closer to 5? Is that every month?

If respondent says it varies during the year ask "at the worst time how many days a month? For how many months? And the rest of the year, how many days a month?

If respondent says most of the time, or all of the time etc. restate the response "do you mean a few days a week? How many?" "Do you mean every day of the year?"

INTERVIEWER: Calculate and enter responses adjusted for 12 months.

S2. During the nighttime in the last 14 nights, how many nights did [CHILD] wake up because of asthma symptoms such as wheezing, shortness of breath, tightness in the chest, or cough?
____Nights

S2.1 How about in the last 12 months? ____Nights

Use same probes as above replacing term "days" with "nights."

These next two questions ask about hospitalizations and emergency visits over the past 12 months.

S3. During the past 12 months (that is since _____), did [child] have to stay overnight in the hospital because of asthma?

S4. Not counting hospitalizations, during the past 12 months, (that is, since _____), did [child] go to an emergency room because of asthma?

Items on Exposure to Community Events and Programs Related to Asthma

Next are some questions about your community.

E1. Have you heard of (insert coalition name, program or other organization as appropriate)?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

If NO or DON'T KNOW: Go to #3

If YES, ask:

E2. How many times have you participated in activities or received help from (insert coalition name, program or other organization as appropriate)?

*****Probe if per week, month, year*****

1 - ___ ___/week
2 - ___ ___/month
3 - ___ ___/year
NEVER □
DON'T KNOW □

E3. How often do you hear someone in your neighborhood talking about asthma?

VERY OFTEN □
SOMETIMES □
SELDOM □
NEVER □
DON'T KNOW □

E4. Have you or your child talked with a <u>doctor or nurse</u> about your child's asthma in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E5. Has anyone visited your <u>home</u> to talk with you about your child's asthma in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E6. Has anyone called you on the <u>phone</u> to talk with you about your child's asthma in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E7. Have you or your child attended a class on asthma in your child's school in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E8. Have you or your child attended a class on asthma at any other place, like a health clinic, neighborhood center, or church in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E9. Have you or your child participated in some other activity for people with asthma such as a health fair, asthma camp, or neighborhood event in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E10. Have you heard a presentation on asthma in a church or some other community organization in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E11. Have you received hand-outs or fliers or manuals on asthma in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E12. Have you noticed posters or billboards or other announcements in your neighborhood about asthma in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

E13. (Optional) Have you been to an asthma support group in the last 6 months?

YES □
NO □
DON'T KNOW □

Parent Asthma Management Strategies (long version)

Now I am going to ask some questions about things **YOU** may have done to manage **[child's]** asthma at home during the **past 12 months**. Some parents find some of these things helpful and others feel that they are not helpful. For the past 12 months, please tell me whether you did these things to manage **[child's]** asthma

All the time, Fairly often, Not too often or Never.....

During the past 12 months....	**All the time**	**Fairly often**	**Not too often**	**Never**
a. Did you give **[child]** asthma prescription medicine when s/he was having symptoms	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
b. Did you find ways to keep yourself and **[child]** calm	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
c. Did you have **[child]** rest or play quietly	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
d. Did you take **[child]** away from what caused symptoms when possible	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
e. Did you observe **[child]** to see if symptoms got better or worse	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
f. Did you ask someone for advice or help	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
g. Did you use a peak flow meter to try to predict **[child's]** asthma attacks	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
h. Did you watch **[child]** closely when symptoms began, in order to determine how serious they were	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
i. Did you watch closely after giving **[child]** medicine to see if it was working to reduce or stop symptoms	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
j. Did you try to identify things that might be triggering **[child's]** symptoms	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
k. Did you look for early warning signs of an asthma attack	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
l. Did you decide on your own whether or not the medicine was working or needed to be changed	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**

m. Did you use some system or method for deciding when to change the type or dose of medicine according to the changes in **[child's]** asthma symptoms	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
n. Did you determine if the changes you made in **[child's]** environment, for example, bedroom furnishings, household pets, or air quality had any effect on **[child's]** symptoms	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**
o. Did you give **[child]** asthma medicines before s/he came in contact with something that might cause asthma symptoms to begin	**[4]**	**[3]**	**[2]**	**[1]**

Parent Asthma Management Strategies (short version)

I'd like to ask you about things you may have done to manage (child's name) at home during the past 12 months. Some parents find these things helpful, others find they are not helpful.

For each item, please tell me how often you did these things: all the time, fairly often, not too often, never.

How often did you:	All the time	Fairly Often	Not too often	Never
1. Give (child's name) asthma prescription medicine when he/she was having symptoms.	4	3	2	1
2. Find ways to keep yourself and (child's name) calm when he/she was having symptoms.	4	3	2	1
3. Have (child's name) rest or play quietly when he/she was having symptoms.	4	3	2	1
4. Take (child's name) away from what caused the symptoms.	4	3	2	1
5. Ask someone for help or advice about managing (child's name)'s asthma.	4	3	2	1

6. Give (child's name) asthma medicines before he/she had contact with something that might cause wheezing or coughing, for example, before entering a smoky restaurant or before he/she played sports.	4	3	2	1

* Clark, N.M., Gong, M, Kaciroti, N. A model of self-regulation for control of chronic disease. *Health Education & Behavior* 28(6):769-782, 2000.

Demographics

Child

D1. What is your child's sex? ___ Male ___ Female

D2. What is your child's age and date of birth?

___ Age (in years) Date of birth:

Month Day Year

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

D3. Is your child Spanish/Hispanic/Latino?
Mark (X) in the "NO" box if not Spanish/Hispanic/Latino.

___ No, not Spanish/Hispanic/Latino
___ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
___ Yes, Puerto Rican
___ Yes, Cuban
___ Yes, other Spanish, Hispanic, Latino
(print group)_____

D4. What is the child's race?
Mark (X) one or more races to indicate what race the caregiver considers him or her to be.

___ White
___ Black or African American
___ American Indian or Alaskan Native
___ Asian Indian
___ Chinese
___ Filipino
___ Japanese
___ Korean
___ Vietnamese
___ Other Asian (print race below)
___ Native Hawaiian
___ Guamanian or Chamorro
___ Samoan
___ Other Pacific Islander (print race below)
___ Other race (print race below)
(print race) _____

D5. Is your child currently covered by health insurance? ___ Yes ___ No
If yes, what insurance? _____

Is that through Medicaid or CHIP (or whatever name appropriate for site)?_____

Primary Caregiver

D6. What is your zip code of residence?_____

D7. What is your sex? ___ Male ___ Female

D8. What is your age and date of birth?

___ Age (in years)

Date of birth:
Month ☐☐ Day ☐☐ Year ☐☐☐☐

D9. What is your relationship to [**child**]?

___ Mother ____Father ____ Grandmother ____Grandfather ____ Aunt ____Uncle
___Other: (specify)_____

D10. Are you Spanish/Hispanic/Latino?
Mark (X) in the "NO" box if not Spanish/Hispanic/Latino.

___ No, not Spanish/Hispanic/Latino
___ Yes, Mexican, Mexican American, Chicano
___ Yes, Puerto Rican
___ Yes, Cuban
___ Yes, other Spanish, Hispanic, Latino
(print group)_____

D11. What is your race?
Mark (X) one or more races to indicate which race the caregiver consider herself or himself to be.

___ White
___ Black or African American
___ American Indian or Alaskan Native
___ Asian Indian
___ Chinese
___ Filipino
___ Japanese
___ Korean
___ Vietnamese
___ Other Asian (print race below)
___ Native Hawaiian

___ Guamanian or Chamorro
___ Samoan
___ Other Pacific Islander (print race below)
___ Other race (print race below)
(print race) _____

D12. What is the highest level of school you have COMPLETED?
Mark (X) only ONCE.
If currently enrolled, mark the previous grade or highest grade completed.
Interviewer: Do not read responses. Check appropriate box and probe if necessary.

___ No schooling completed
___ Nursery school to 4th grade
___ 5th grade or 6th grade
___ 7th grade or 8th grade
___ 9th grade
___ 10th grade
___ 11th grade
___ 12th grade—**NO DIPLOMA**
___ **HIGH SCHOOL GRADUATE**—high school DIPLOMA or the equivalent (for example: GED)
___ Some technical/vocational school
___ Completed technical/vocational school
___ Some college credit, but less than 1 year
___ 1 or more years of college, no degree
___ Associate's degree (for example: AA, AS)
___ Bachelor's degree (for example: BA, AB, BS)
___ Master's degree (for example: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
___ Professional degree (for example: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
___ Doctorate degree (for example: PhD, EdD)
___ Other (please describe, including country where education took place)_____

D13. What was your total family income before taxes last year? (Optional)
_____

Or

D14. Which category best describes your total family income before taxes last year? ***(For interviewer-administered: "Please stop me when I get to the category that best describes your total income.")***

___ Less than $5000
___ $5001-$10,000
___ $10,001-$15,000
___ $15,001-$20,000
___ $20,001-$30,000
___ $30,001-$40,000
___ $40,001-$50,000
___ $50,001-$60,000
___ $60,001-$70,000
___ $70,001-$80,000
___ $80,001 and above

ALIANZA CONTRA EL ASMA
ENCUESTA PARA EL ENCARGADO O GUARDIÁN PRINCIPAL DE ASMA

Fecha de administración: _____/_____/_____

ID. # del Sitio: _____
ID. # del entrevistado: _____

Método de administración:
(marque uno)

____ Auto-administrado
____ Administrado por el entrevistador
Si fue administrado por el entrevistador:
ID. del entrevistador: _____
¿Cómo entrevistó? _____ Teléfono _____Cara a cara

Idioma:
____ Inglés
____ Español
____ Otro_____

Cuestionario de la Calidad de Vida de la Persona Encargada del Cuidado del Niño con Asma

This section, two pages long, is not included in this document due to copyright restrictions; to obtain this questionnaire and additional information about its use, please go to http://www.qoltech.co.uk/PaedAsthma.htm

Síntomas de asma

Las siguientes cuatro preguntas son acerca de cómo es que el asma los afecta a usted y a [nombre del niño/a] cada día. Las preguntas se refieren a los síntomas del asma durante dos períodos de tiempo distintos: durante los últimos 14 días y durante los últimos 12 meses.

S1. Durante el día en los últimos 14 días, ¿cuántos días tuvo [nombre del niño/a] silbidos (pitos) al respirar, falta de aire, opresión en el pecho o tos?

S1.1 ¿Y durante los últimos 12 meses? ____ Días

> ***Empiece con una PAUSA, si no hay respuesta, repita la pregunta.***
> ***Evite períodos de tiempo: por ejemplo si le contesta de 2 a 5 días al mes, pregunte "eso sería más cerca a 2 ó a 5? Y eso es ¿cada mes?***
>
> ***Si el entrevistado responde que varía durante el año pregunte, "durante la peor época ¿cuántos días al mes? ¿Cuántos meses? Y durante el resto del año ¿cuántos días al mes?"***
>
> ***Si el entrevistado responde la mayor parte del tiempo o todo el tiempo, etc. repita la respuesta diciendo "¿Usted quiere decir unos pocos días a la semana? ¿Cuántos días?" "¿Quiere decir todos los días del año?"***
>
> ***ENTREVISTADOR: Calcule y escriba las respuestas ajustándolas a 12 meses.***

S2. Durante la noche en las últimas 14 noches, ¿cuántas noches se despertó [nombre del niño/a] por el asma, con silbidos (pitos) al respirar, falta de aire, opresión en el pecho o tos?

S2.1 ¿Y durante los últimos 12 meses? ____ Noches

> ***Use las mismas preguntas que arriba, sustituyendo "días" con "noches."***

Las próximas dos preguntas son acerca de hospitalizaciones y idas a la sala de emergencia durante los últimos 12 meses.

S3. Durante los últimos <u>12 meses</u> (eso es desde _____), ¿[nombre del niño/a] tuvo que pasar la noche en <u>el hospital</u> por el asma?

Sin contar las hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, (eso es desde _____), ¿[nombre del niño/a] ha tenido que ir a la <u>sala de emergencia</u> por el asma?

Preguntas sobre la exposición a eventos y programas de la comunidad relacionados con el asma

Ahora le haré algunas preguntas acerca de su comunidad.

E1) ¿Ha oído acerca de (diga el nombre de la coalición, programa u otra organización que corresponda)?

SÍ
NO
NO SABE

Si responde NO o NO SABE: Vaya al #3

Si responde SÍ, pregunte:

E2) ¿Cuántas veces ha participado en las actividades o recibido ayuda de (diga el nombre de la coalición, programa u otra organización que corresponda)?
*****Insista en aclarar si es a la semana, al mes, al año*****

1 - ___ ___ / a la semana
2 - ___ ___ / al mes
3 - ___ ___ / al año
NUNCA
NO SABE

E3) ¿Con qué frecuencia escucha a alguien en su comunidad hablar acerca del asma?

MUY SEGUIDO/ FRECUENTEMENTE
ALGUNAS VECES
RARAS VECES
NUNCA
NO SABE

E4) Durante los últimos seis meses, ¿usted o su niño con asma han hablado con <u>un doctor o una enfermera</u> acerca del asma de su niño?

SÍ
NO
NO SABE

E5) Durante los últimos seis meses, ¿los ha visitado alguien <u>en su casa</u> para hablar acerca del asma de su niño?

SÍ
NO
NO SABE

E6) Durante los últimos seis meses, ¿los ha llamado alguien por teléfono para hablar acerca del asma de su niño?

SÍ
NO
NO SABE

E7) Durante los últimos seis meses, ¿usted o su hijo han asistido a una clase acerca del asma en la escuela de su hijo?

SÍ
NO
NO SABE

E8) Durante los últimos seis meses, ¿usted o su hijo han asistido a una clase acerca del asma en algún otro lugar como una clínica, el centro de su comunidad o iglesia?

SÍ
NO
NO SABE

E9) Durante los últimos seis meses, ¿usted o su hijo han participado en alguna otra actividad para personas con asma tal como una feria de salud, un campamento para niños con asma o un evento en su comunidad?

SÍ
NO
NO SABE

E10) Durante los últimos seis meses, ha asistido a una presentación acerca del asma en una iglesia u otra organización en su comunidad?

SÍ
NO
NO SABE

E11) Durante los últimos seis meses, ¿ha recibido impresos, folletos informativos o manuales acerca del asma?

SÍ
NO
NO SABE

E12) Durante los últimos seis meses, ¿ha visto carteles, letreros o anuncios acerca del asma en su comunidad?

SÍ
NO
NO SABE

E13) (Opcional) Durante los últimos seis meses, ¿ha asistido a un grupo de apoyo de asma?

SÍ
NO
NO SABE

Demografía

Niño/a

D1. ¿Cuál es el sexo de su niño/a? ___ Masculino ___ Femenino

D2. ¿Cuál es la edad de su niño/a y su fecha de nacimiento?

___ Edad (en años) Fecha de Nacimiento:

Mes Día Año

☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

D3. ¿Qué es su niño/a, español/a, hispano/a, latino/a?
Sí no es español/a, hispano/a o latino/a, ponga una "X" en la caja "NO".

___ No, no es español/hispano/latino
___ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
___ Sí, puertorriqueño
___ Sí, cubano
___ Sí, otro grupo español, hispano o latino
*Escriba el grupo en letra de molde*_____

D4. ¿Cuál es la raza del niño/a?
Ponga una o más "X" para indicar la raza a la que pertenece el/la niño/a, según el/la encargado/a del cuidado del niño/a.

___ Blanca
___ Negra, africana americana
___ India americana o nativa de Alaska
___ India asiática
___ China
___ Filipina
___ Japonesa
___ Coreana
___ Vietnamita
___ Otra asiática (*Escriba abajo la raza en letra de molde)*
___ Hawaiano nativo
___ Guam o Chamorro
___ Samoano
___ Otra de las islas del Pacifico (*Escriba abajo la raza en letra de molde*)
___ Alguna otra raza (*Escriba abajo la raza en letra de molde*)
_____

D5. ¿Actualmente, tiene su niño/a seguro médico? ___ Sí ___ No
Si tiene, ¿qué seguro tiene? _____

¿El seguro es por medio de Medicaid o CHIP (o cualquier nombre apropiado al lugar)? _____

Persona encargada del cuidado del niño

D6. ¿Cuál es el código postal del área donde vive? _____

D7. ¿Cuál es su sexo? ___ Masculino ___ Femenino

D8. ¿Cuántos años tiene usted y cuál es su fecha de nacimiento?

___ Edad (en años)

Fecha de Nacimiento:

Mes ☐☐ Día ☐☐ Año ☐☐☐☐

D9. ¿Cuál es su relación con [niño/a]? ___Madre ___Padre ___Abuela ___Abuelo ___ Tío/a ____Otro: (especifique) _____

D10. ¿Es usted español/a, hispano/a, latino/a?
Sí no es español/a, hispano/a o latino/a, ponga una "X" en la caja "NO".

___ No, no es español/hispano/latino
___ Sí, mexicano, mexicano-americano, chicano
___ Sí, puertorriqueño
___ Sí, cubano
___ Sí, otro grupo español, hispano, latino
*Escriba el grupo en letra de molde*_____

D11. ¿Cuál es su raza?
Ponga una o más "X" para indicar la raza a la que él/ella considera que pertenece.
___ Blanca
___ Negra, africana americana
___ India americana o nativa de Alaska
___ India asiática
___ China
___ Filipina
___ Japonesa
___ Coreana
___ Vietnamita
___ Otra asiática (*Escriba abajo la raza en letra de molde)*
___ Hawaiano nativo
___ Guam o Chamorro
___ Samoano
___ Otra de las islas del Pacifico (*Escriba abajo la raza en letra de molde*)
___ Alguna otra raza (*Escriba abajo la raza en letra de molde*) _____

D12. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que Ud. ha terminado?
Ponga UNA SOLA "X".
Si Ud. está estudiando, por favor marque el nivel anterior al actual o el nivel más alto que haya completado.

Entrevistador: No lea las respuestas. *Marque* la caja apropiad*a y tantee si es necesario.*

___ No ha completado ningún grado
___ Guardería infantil (nursery school) a 4º grado
___ 5º ó 6º grado
___ 7º u 8º grado
___ 9º grado
___ 10º grado
___ 11º grado
___ 12º grado—**SIN DIPLOMA**
___ **GRADUADO/A DE ESCUELA SECUNDARIA**—
DIPLOMA de escuela secundaria o su equivalente (por ejemplo: GED)
___Alguna escuela técnica/vocacional
___Terminó escuela técnica/vocacional
___ Algunos créditos universitarios, pero menos de 1 año
___ 1 año o más de universidad, sin título
___ Título de asociado universitario (por ejemplo: AA, AS)
___ Título de bachiller universitario (por ejemplo: BA, AB, BS)
___ Título de maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
___ Título profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
___ Título de doctorado (por ejemplo: Ph.D, Ed.D)
___Otro (por favor describa; incluya el país donde estudió:
_____

D13. Antes de pagar impuestos ¿cuál fue el ingreso de su familia el año pasado?
(Opcional) _____

O

D14. ¿Qué categoría describe mejor el ingreso total de su familia, el año pasado, antes de pagar impuestos? (**Entrevistador: "Por favor párame cuando llegue a la categoría que describe mejor sus ingresos totales.")**
___ Menos de $5,000
___ $5,001-$10,000
___ $10,000-$15,000
___ $15,001-$20,000
___ $20,001-$30,000
___ $30,001-$40,000
___ $40,001-$50,000
___ $50,001-$60,000
___ $60,001-$70,000
___ $70,001-$80,000
___$80,000 o más

Robert Wood Johnson
Foundation

Center for Managing
Chronic Disease