

PATIENT-REPORTED OUTCOME MEASURES (PROMS)

PATIENT WELL-BEING/ PHYSICAL HEALTH / BIENESTAR DEL PACIENTE / SALUD FÍSICA

1. **Within the past 30 days, how much has a health problem limited you from doing activities people usually do? / En los últimos 30 días, ¿Qué tanto le ha impedido un problema de salud realizar las actividades que la gente suele hacer?**
 - Not limited at all / No me he sentido limitado en lo absoluto
 - Somewhat limited / Un poco limitado
 - Very limited / Muy limitado
 - Extremely limited / Extremadamente limitado

2. **How would you rate your ability to carry out normal physical activities (walking, climbing stairs, carrying groceries, etc.) within the past 30 days? / ¿Cómo calificaría su capacidad para realizar actividades físicas normales (caminar, subir escaleras, cargar alimentos, etc.) en los últimos 30 días?**
 - Poor / Mala
 - Fair / Regular
 - Good / Buena
 - Very Good / Muy buena
 - Excellent / Excelente

3. **How would you rate your overall physical health? / ¿Cómo calificaría su salud física en general?**
 - Poor / Mala
 - Fair / Regular
 - Good / Buena
 - Very Good / Muy buena
 - Excellent / Excelente

4. **How would you rate your health compared to people your age who aren't living with HIV? / ¿Cómo calificaría su salud en comparación con las personas de su edad que no viven con el VIH?**
 - Poor / Mala
 - Fair / Regular
 - Good / Buena
 - Very Good / Muy buena
 - Excellent / Excelente

5. In a typical week, how many days are you physically active for at least 30 minutes per day? / En una semana típica, ¿cuántos días realiza actividad física durante al menos 30 minutos al día?

- 0 days / 0 día
- 1 day / 1 día
- 2 days / 2 días
- 3 days / 3 días
- 4 days / 4 días
- 5 days / 5 días
- 6 days / 6 días
- 7 days / 7 días

FOOD SECURITY / SEGURIDAD DE ALIMENTOS

Please read each statement and then answer the question. / Lea cada declaración y luego responda la pregunta.

6. “I worried whether my food would run out before I got money to buy more.” How often was this true for your household in the last 12 months? / “Me preocupaba si se me acabaría la comida antes de tener dinero para comprar más”. ¿Con qué frecuencia fue esto cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

- Often true / Verdadero con frecuencia
- Sometimes true / Verdadero a veces
- Never true / Nunca verdadero

7. “The food I bought just didn’t last, and I didn’t have money to get more.” How often was this true for your household in the last 12 months? / “La comida que compré simplemente no duró y no tenía dinero para comprar más”. ¿Con qué frecuencia fue esto cierto para su hogar en los últimos 12 meses?

- Often true / Verdadero con frecuencia
- Sometimes true / Verdadero a veces
- Never true / Nunca verdadero

HOUSING STABILITY / ESTABILIDAD DE VIVIENDA

8. In the past 2 months, have you been living in stable housing that you own, rent, or stay in as part of a household? / En los últimos 2 meses, ¿ha estado viviendo en una vivienda estable que posee, alquila o se queda como parte de un hogar?

- Yes / Sí
- No / No

9. Are you worried or concerned that in the next 2 months you may NOT have stable housing that you own, rent, or stay in as part of a household? / ¿Le preocupa o le preocupa que en los próximos 2 meses NO tenga una vivienda estable de la que sea propietario, que alquile o que se quede como parte de un hogar?

- Yes / Sí
- No / No

10. Would you like to be referred to a case manager to talk more about your housing situation? / ¿Le gustaría ser referido a un administrador de casos para hablar más sobre su situación de vivienda?

- Yes / Sí
- No / No

ISOLATION / AISLAMIENTO

11. How would you describe your sense of belonging to your local community? / ¿Cómo describiría su sentido de pertenencia a su comunidad local?

- Very weak / Muy débil
- Somewhat weak / Un poco débil
- Somewhat strong / Un poco fuerte
- Very strong / Muy fuerte

12. Within the past 30 days, how many times did you go 24 hours or more without meeting or talking to a friend, family member, significant other, or caregiver? (This could be by any means, including phone, email, or text) / En los últimos 30 días, ¿cuántas veces pasó 24 horas o más sin reunirse o hablar con un amigo, familiar, pareja o cuidador? (Esto podría ser por cualquier medio, incluido teléfono, correo electrónico o mensaje de texto)

Response: / Respuesta: _____

13. How often do you feel left out or isolated from others? / ¿Con qué frecuencia se siente excluido o aislado de los demás?

- Hardly ever / Casi nunca
- Sometimes / A veces
- Often / Con frecuencia

MENTAL HEALTH / SALUD MENTAL

14. How would you rate your overall mental health? / ¿Cómo calificaría su salud mental en general?

- Poor / Mala
- Fair / Regular
- Good / Buena
- Very Good / Muy buena
- Excellent / Excelente

15. How often does your mental health status keep you from doing your normal daily activities, such as work or recreation? / ¿Con qué frecuencia su estado de salud mental le impide realizar sus actividades diarias normales, como el trabajo o la recreación?

- Never / Nunca
- Occasionally / Ocasionalmente
- More than half of the time / Más de la mitad de las veces
- Almost all the time / Casi siempre

16. How would you rate your spiritual health or emotional well-being? / ¿Cómo calificaría su salud espiritual o su bienestar emocional?

- Poor / Mala
- Fair / Regular
- Good / Buena
- Very Good / Muy buena
- Excellent / Excelente

17. During the past 30 days, how much mental health stress would you say you have experienced? / Durante los últimos 30 días, ¿cuánto estrés de salud mental diría que ha experimentado?

- A lot of stress / Mucho estrés
- A moderate amount of stress / Un cantidad moderada de estrés
- Relatively little stress / Relativamente poco estrés
- Almost no stress at all / Casi nada de estrés
- No stress / Nada de estrés

PERCEIVED DISCRIMINATION/EXPERIENCES OF RACISM / DISCRIMINACIÓN / EXPERIENCIAS DE RACISMO PERCIBIDAS

18. How often do you worry about experiencing unfair treatment because of your race, ethnicity, color, or disability? / ¿Con qué frecuencia le preocupa experimentar un trato injusto debido a su raza, etnia, color o discapacidad?

- Most of the time / Casi siempre
- Some of the time / A veces
- Rarely / Raramente
- Never / Nunca

19. How often do you worry about experiencing unfair treatment because of your HIV status? / ¿Con qué frecuencia le preocupa experimentar un trato injusto debido a su condición de VIH?

- Most of the time / Casi siempre
- Some of the time / A veces
- Rarely / Raramente
- Never / Nunca

20. During your last visit to any agency, did you experience stigma or discrimination? Select all that apply. / Durante su última visita a alguna agencia, ¿experimentó estigma o discriminación? Seleccione todas las que correspondan.

- None / Ninguno
- Age-related stigma or discrimination / Estigma o discriminación relacionados con la edad
- Gender-related stigma or discrimination / Estigma o discriminación relacionados con el género
- HIV-related stigma or discrimination / Estigma o discriminación relacionados con el VIH
- Racism / Racismo
- Homophobia / Homofobia
- Transphobia / Transfobia
- Other: / Otro: _____

Optional—What agency or agencies did this happen at? / Opcional—¿En qué agencia o agencias sucedió esto? _____

Optional—What happened? / Opcional—¿Qué sucedió? _____

MEDICATIONS / MEDICAMENTOS

21. Since your last refill(s), have you had any problems getting your HIV medication(s) on time? / Desde su último resurtido(s), ¿Ha tenido algún problema para obtener su(s) medicamento(s) para el VIH a tiempo?

- Yes / Sí
- No / No

Comments: / Comentarios: _____

22. Since your last refill(s), have you had problems getting medications for other chronic medical conditions on time? / Desde su último reabastecimiento, ¿ha tenido problemas para obtener a tiempo los medicamentos para otras condiciones médicas crónicas?

- Yes / Sí
- No / No

Comments: / Comentarios: _____

AWARENESS OF RYAN WHITE SERVICES / CONOCIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE RYAN WHITE

23. Below is a list of free or low-cost services provided by the Ryan White Program to people with HIV. Are there any services you need but didn't know were available? Select all that apply. / A continuación se incluye una lista de servicios gratuitos o de bajo costo proporcionados por el Programa Ryan White a personas con VIH. ¿Hay algún servicio que necesita pero que no sabía que estaba disponible? Seleccione todas las que correspondan.

- Adult Dental Services / Servicios Dentales para Adultos
- Case Management / Administración de Casos
- Emergency Financial Assistance and Outreach / Asistencia Financiera de Emergencia
- Health Insurance Assistance Program / Programa de Asistencia para Seguro de Salud
- Local Pharmacy Assistance Program / Programa de Asistencia para Farmacia Local
- Medical Nutritional Therapy / Terapia para Nutrición Médica
- Medical Transportation / Transporte Médico
- Primary Medical Care / Atención Médica Primaria
- Substance Abuse Treatment / Tratamiento para Abuso de Sustancias
- Vision Care / Cuidado de la Visión
- None / Ninguno

24. Would you like to be contacted to learn if you're eligible for these services? / ¿Le gustaría ser contactado para ver si es elegible para estos servicios?

- Yes / Sí
- No / No
- Not applicable / No aplicable