

## Formulario de registro para HEROS

Le agradecemos a usted y a su familia por su participación en el estudio HEROS. A continuación, identificará a los miembros de la familia que se inscribirán en el estudio y que aceptan completar los procedimientos regulares del estudio. Luego, responderá un cuestionario simple sobre usted mismo y todos los que participen en este estudio. En función de esta información, recibirá un cuestionario breve para que lo complete sobre su familia.

Seleccione el estudio en el que su hijo está inscrito actualmente. *(Este es el personal del estudio que lo invitó a participar en el estudio HEROS).*

Estudio de asma tras la exposición a RSV – Vanderbilt University–Nashville, TN  
Microbioma en niños (Childhood Microbiome, CHIME) – Mass General Hospital–Boston, MA  
Orígenes del asma en la infancia (Childhood Origins of Asthma, COAST) – University of Wisconsin–Madison–Madison, WI  
Introducción temprana del cacahuete (Early Peanut Introduction, EPI) – Johns Hopkins University–Baltimore, MD  
Consortio para el Asma en Zonas Urbanas Marginales (Inner City Asthma Consortium, ICAC) – Boston University School of Medicine–Boston, MA  
ICAC – Children’s Hospital Colorado–Denver, CO  
ICAC – Children’s National Health System–Washington, DC  
ICAC – Columbia University Medical Center–New York, NY  
ICAC – Cincinnati Children’s Hospital–Cincinnati, OH  
ICAC – Henry Ford Health System–Detroit, MI  
ICAC – Johns Hopkins University–Baltimore, MD  
ICAC – UT Southwestern Medical School–Dallas, TX  
ICAC – St. Louis Children’s Hospital–St. Louis, MO  
INSPIRE para sospechas en lactantes: susceptibilidad del lactante a infecciones pulmonares y asma tras la exposición a RSV (Infant Susceptibility to Pulmonary Infections and Asthma following RSV Exposure, INSPIRE) – Vanderbilt University–Nashville, TN  
Proyecto de mudanza en casos de asma (Mobility Asthma Project, MAP) – Johns Hopkins University–Baltimore, MD  
Mecanismos de progresión de la dermatitis atópica para el asma en niños (Mechanisms of Progression of Atopic Dermatitis to Asthma in Children, MPAACH) – Cincinnati Children’s Hospital–Cincinnati, OH  
Estudio longitudinal de salud, medioambiente, alergia y asma del condado de Wayne (Wayne County Health, Environment, Allergy, and Asthma Longitudinal Study, WHEALS) – Henry Ford Health System–Detroit, MI  
Índice de sibilancias (Wheezing Index, WIND) – Mass General Hospital–Boston, MA  
Cohorte del estudio en lactantes de Wisconsin (Wisconsin Infant Study Cohort, WISC) – University of Wisconsin–Madison, Madison, WI

**Hasta dos cuidadores y un hermano también pueden participar en este estudio. Todos los familiares deben vivir en la misma casa que el niño inscrito. Todos los cuestionarios deberán estar completados por un familiar inscrito en el estudio para todos los familiares participantes.**

¿Cuál es el número de teléfono celular principal que se usará para recibir mensajes de texto relacionados con el estudio? (Introduzca el código de área seguido del número de teléfono de 7 dígitos).

¿Cuál es el número de teléfono celular secundario que se podrá usar para recibir mensajes de texto relacionados con el estudio? (Introduzca el código de área seguido del número de teléfono de 7 dígitos).

¿Cuál es la dirección de correo electrónico principal que se usará para recibir mensajes relacionados con el estudio?

¿Cuál es la dirección en la que puede recibir entregas que contengan los suministros para la obtención de muestras del estudio? (Introduzca la dirección, la ciudad, el estado y el código postal).

¿Cuál es su dirección postal (ya sea un apartado de correos o una dirección)?

- La misma que la dirección introducida anteriormente

¿Tiene acceso a internet o un teléfono inteligente con acceso a internet? Sí/No

¿Cuál es su método de contacto preferido para la participación en el estudio?

- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Llamada telefónica

¿Cuál es su idioma preferido?

- Inglés
- Español

¿Cuál es su nombre? (Usted será responsable de cumplimentar todos los cuestionarios relacionados con el estudio)

¿Cuál es su relación con el niño inscrito en <nombre de la cohorte completada automáticamente>?

- Madre
- Padre
- Madrastra
- Padrastro
- Hermano
- Hermana
- Hermanastro
- Hermanastra
- Tía
- Tío
- Abuela
- Abuelo

- Otra
  - Especifique

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

- Mes/día/año

¿Cuál es su sexo? (Marque una opción).

- Hombre
- Mujer
- Intersexual
- Prefiere no responder

¿Cuál es su origen étnico? (Marque una opción).

- Hispánico
- No hispánico
- Prefiere no responder

¿Cuál es su raza? (Marque todas las opciones que correspondan).

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanca o caucásica
- Prefiere no responder

\*Confirme que el familiar ha revisado la hoja informativa y acepta participar en este estudio\*.

¿Cuál es el nombre del niño inscrito en <nombre de la cohorte completada automáticamente>?

¿Cuál es su fecha de nacimiento?

- Mes/día/año

¿Cuál es su sexo? (Marque una opción).

- Hombre
- Mujer
- Intersexual
- Prefiere no responder

¿Cuál es su origen étnico? (Marque una opción).

- Hispánico
- No hispánico
- Prefiere no responder

¿Cuál es su raza? (Marque todas las opciones que correspondan).

- India americana o nativa de Alaska
- Asiática
- Negra o afroamericana
- Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanca o caucásica
- Prefiere no responder

\*Confirme que el familiar ha revisado la hoja informativa y acepta participar en este estudio\*.

¿Cuál es el nombre del familiar inscrito?

¿Cuál es su fecha de nacimiento? <Mes/día/año>

¿Cuál es su relación con el niño inscrito en <nombre de la cohorte completada automáticamente>?  
<seleccione>

<Madre, Padre, Madrastra, Padrastro, Hermano, Hermana, Hermanastro, Hermanastra, Tía, Tío, Abuela, Abuelo, Otra, especifique>

¿Cuál es su sexo? <marque una opción>

<Hombre, Mujer, Intersexual, Prefiere no responder>

¿Cuál es su origen étnico? <marque una opción>

<Hispanico, No hispanico, Prefiere no responder>

¿Cuál es su raza? <marque todas las opciones que correspondan>

<India americana o nativa de Alaska, Asiática, Negra o afroamericana, Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico, Blanca o caucásica, Prefiere no responder>

\*Confirme que el familiar ha revisado la hoja informativa y acepta participar en este estudio\*.

¿Cuál es el nombre del familiar inscrito? <introduzca texto>

¿Cuál es su fecha de nacimiento? <Mes/día/año>

¿Cuál es su relación con el niño inscrito en <nombre de la cohorte completada automáticamente>? <seleccione>

<Madre, Padre, Madrastra, Padrastro, Hermano, Hermana, Hermanastro, Hermanastra, Tía, Tío, Abuela, Abuelo, Otra, especifique>

¿Cuál es su sexo? <marque una opción>

<Hombre, Mujer, Intersexual, Prefiere no responder>

¿Cuál es su origen étnico? <marque una opción>

<Hispanico, No hispanico, Prefiere no responder>

¿Cuál es su raza? <marque todas las opciones que correspondan>

<India americana o nativa de Alaska, Asiática, Negra o afroamericana, Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico, Blanca o caucásica, Prefiere no responder>

\*Confirme que el familiar ha revisado la hoja informativa y acepta participar en este estudio\*.