

National Institutes of Health  
U.S. Department of Health and Human Services

OMB # 0925-0538  
Expiration Date: October 31, 2014



# Health Information National Trends Survey

*Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud*



Annotated Form  
Cycle 1, Next-Birthday, Reduced-content, Spanish Version

NB-2-S

**COMENZAR  
AQUI:**

1. ¿Hay más de una persona mayor de 18 años viviendo en este hogar?

AdultsInHH

1 Sí

2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

2. ¿Incluyéndose a usted, cuantas personas mayores de 18 años viven en este hogar?

MailHHAdults

--	--

3. **El adulto con la próxima fecha de cumpleaños debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de adultos de todas las edades.

4. Por favor escriba el primer nombre, apodo, o iniciales del adulto que va a cumplir años mas próximamente en este hogar. Esta es la persona que debe completar el cuestionario.

--

**If you prefer to receive the survey in English, please call 1-888-738-6805**

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La recopilación de esta información está autorizada por la Ley de Servicios Públicos de Salud, 411 (42 USC 285 a) y 412 (42 USC 285a-1.a y 285a1.3). Los derechos de los participantes del estudio son protegidos por La Regla de Privacidad de 1974. La participación es voluntaria y no hay penalidades por no participar o por retirarse del estudio en cualquier momento. El no participar no afectará sus beneficios de ninguna manera. La información recopilada en este estudio se mantendrá privada bajo la autoridad de la Regla de Privacidad y solo será vista por personas autorizadas para trabajar en este proyecto. El reporte que resume los resultados no contendrá nombres o información de identificación. La información de identificación será destruida cuando el estudio haya finalizado.

NOTIFICACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE EL ESTIMADO DE CARGA: Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información, a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).** Envíe los comentarios sobre el estimado de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0538). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

UniqueID



## A: Buscando Información Sobre Salud

A1. ¿Ha buscado alguna vez información acerca de temas de salud o de medicina en algún lugar?

SeekHealthInfo

- 1 Sí  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A6 en la siguiente columna**

A2. La última vez que buscó información sobre temas de salud, ¿dónde buscó primero?

WhereSeekHealthInfo

Escoja  solo una de las siguientes opciones.

- 1 Libros  
 2 Folletos, panfletos, etc.  
 3 Organización del cáncer  
 4 Familia  
 5 Amigos/Compañeros de trabajo  
 6 Médico o proveedor de cuidado de la salud  
 7 Internet  
 8 Biblioteca  
 9 Revistas  
 10 Periódicos  
 11 Número de información telefónica  
 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

91 Otro-Especifique →

WhereSeekHealthInfo\_IMP

A3. ¿Buscó o fue a algún otro sitio esa vez?

LookElsewhere

- 1 Sí  
 2 No

A4. La última vez que buscó información acerca de temas de salud o de medicina, ¿para quién era?

WhoLookingFor

- 1 Para mí  
 2 Para otra persona  
 3 Para otra persona y para mí

A5. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de temas de salud o de medicina, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

- |  | Totalmente de acuerdo      | Algo de acuerdo            | Algo en desacuerdo         | Totalmente en desacuerdo   |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>LotOfEffort</b>   |                            |                            |                            |                            |
| a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <b>Frustrated</b>  |                            |                            |                            |                            |
| b. Se sintió frustrado buscando información.....                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <b>ConcernedQuality</b>  |                            |                            |                            |                            |
| c. Le preocupaba la calidad de la información.....                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| <b>TooHardUnderstand</b>   |                            |                            |                            |                            |
| d. La información que encontró era difícil de entender.....        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

A6. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información de salud o temas médicos si lo necesita?

ConfidentGetHealthInf

- 1 Confío completamente  
 2 Confío mucho  
 3 Confío parcialmente  
 4 Confío un poco  
 5 No confío en absoluto

A7. En general, ¿cuánto confiaría en obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

- |   | Nada                       | Un poco                    | Algo                       | Mucho                      |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>TrustDoctor</b>                          |                            |                            |                            |                            |
| a. Un médico.....                           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustFamily</b>                          |                            |                            |                            |                            |
| b. Familia o amigos.....                    | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustNewsMag</b>                         |                            |                            |                            |                            |
| c. Periódicos o revistas.....               | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustRadio</b>                           |                            |                            |                            |                            |
| d. Radio.....                               | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustInternet</b>                        |                            |                            |                            |                            |
| e. El Internet.....                         | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustTelevision</b>                      |                            |                            |                            |                            |
| f. Televisión.....                          | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustGov</b>                             |                            |                            |                            |                            |
| g. Agencias gubernamentales de salud.....   | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustCharities</b>                       |                            |                            |                            |                            |
| h. Organizaciones de caridad.....           | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |
| <b>TrustReligiousOrgs</b>                   |                            |                            |                            |                            |
| i. Organizaciones y líderes religiosos..... | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 |



A8. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca de temas de salud o medicina. ¿Dónde iría primero?

StrongNeedHealthInfo

Escoja  solo una de las siguientes opciones.

- 1 Libros
- 2 Folletos, panfletos, etc.
- 3 Organización del cáncer
- 4 Familia
- 5 Amigos/Compañeros de trabajo
- 6 Médico o proveedor de cuidado de la salud
- 7 Internet
- 8 Biblioteca
- 9 Revistas
- 10 Periódicos
- 11 Número de información telefónica
- 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

91 Otro-Especifique →

StrongNeedHealthInfo\_IMP

A9. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

SeekCancerInfo

- 1 Sí
- 2 No

A10. ¿Cuánta atención le presta a la información sobre salud o temas médicos en cada una de las siguientes fuentes?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
a. <i>Attention_OnlineNews</i> En periódicos en Internet.....	4	3	2	1
b. <i>Attention_PrintNews</i> En periódicos impresos.....	4	3	2	1
c. <i>Attention_HealthNews</i> En revistas médicas especializadas o boletines informativos.....	4	3	2	1
d. <i>Attention_Internet</i> En el Internet.....	4	3	2	1
e. <i>Attention_Radio</i> En la radio.....	4	3	2	1
f. <i>Attention_LocalTV</i> En noticieros locales de televisión.....	4	3	2	1
g. <i>Attention_NatTV</i> En noticieros de televisión nacional o por cable.....	4	3	2	1

A11. Las pruebas genéticas que analizan su ADN, su dieta y estilo de vida para detectar riesgos potenciales de salud, se están comercializando directamente a los consumidores. ¿Ha leído o escuchado algo acerca de éstas pruebas genéticas?

HeardGeneticTest

- 1 Sí
- 2 No

**B: Utilizando el Internet Para Hallar Información**

B1. ¿Alguna vez usa el Internet para conectarse a la Red o para enviar y recibir correo electrónico?

UseInternet

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en la próxima página**

B2. Cuando usted usa el Internet, obtiene acceso a través de...

	Sí	No
a. <i>Internet_DialUp</i> Una línea telefónica.....	1	2
b. <i>Internet_BroadBnd</i> Banda ancha tal como DSL, cable o FiOS.....	1	2
c. <i>Internet_Cell</i> Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G).....	1	2
d. <i>Internet_WiFi</i> Una red inalámbrica (Wi-Fi).....	1	2

B3. ¿Obtiene usted acceso al Internet de alguna otra manera?

Internet\_Other

- 1 Sí - Especifique →
- 2 No

B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información médica o de salud para usted?

InternetHealthInfoSelf

- 1 Sí
- 2 No

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información médica o de salud?

InternetHealthInfoSite

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en la próxima página**

B6. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información médica o de salud:



## C: Su Cuidado de Salud

C1. ¿Sin incluir psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, hay algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud en particular que usted visite más a menudo?

RegularProvider

- 1 Sí  
 2 No

C2. ¿Posee usted alguno de los siguientes planes de seguro médico o cobertura de salud?

	Sí	No
a. Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato (suyo o de otro miembro de la familia).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted o por otro miembro de la familia).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Medicare.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o con alguna discapacidad.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. VA (incluyendo aquellos que nunca han usado ni se han inscrito para el cuidado de la salud VA).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

C3. ¿Tiene usted algún otro tipo de cobertura de salud? (Por favor no incluya planes de cobertura dental o de visión)

HCCoverage\_Other

- 1 Sí-Especifique →   
 2 No

C4. Aproximadamente, ¿hace cuánto tiempo tuvo su última visita a un médico para un examen de rutina? Un examen de rutina es un examen físico general y no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica.

MostRecentCheckup

- 1 Durante el año pasado (cualquier momento hace menos de 12 meses)  
 2 Dentro de los 2 últimos años (hace más de 1 año pero menos de 2 años)  
 3 Dentro de los 5 últimos años (hace más de 2 años pero menos de 5 años)  
 4 Hace 5 o más años  
 5 No lo sé  
 6 Nunca

C5. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que fue a emergencia, ¿cuántas veces fue al médico, enfermera u otro profesional de la salud para su propio cuidado?

FreqGoProvider

- 0 Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA D1 en la próxima página**  
 1 1 vez  
 2 2 veces  
 3 3 veces  
 4 4 veces  
 5 5-9 veces  
 6 10 o más veces

C6. Las siguientes preguntas son acerca de su comunicación con todos los médicos, enfermeras u otros profesionales del cuidado de salud que usted vio durante los últimos 12 meses.

	Siempre	Por lo general	A veces	Nunca
a. ¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?				
¿Le dieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que usted tenía sobre su salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sintió que pudo confiar en sus médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de la salud para cuidar de sus necesidades de atención médica?

DrTakeCareNeeds

- 1 Siempre  
 2 Por lo general  
 3 A veces  
 4 Nunca



C8. En general, ¿cómo calificaría la calidad del cuidado de la salud que ha recibido durante los últimos 12 meses?

QualityCare

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Aceptable
- 5 Mala

**D: Su Salud, Nutrición y Actividad Física**

D1. En general, diría usted que su salud es...

GeneralHealth

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Aceptable
- 5 Mala

D2. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por cualquiera de los siguientes problemas?

LittleInterest

	Casi a diario	La mayoría de los días	Varios días	Ningún día
a. Poco interés o placer por hacer cosas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Hopeless

Nervous

Worrying

D3. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para tomar buen cuidado de su salud?

OwnAbilityTakeCareHealth

- 1 Confío completamente
- 2 Confío mucho
- 3 Confío bastante
- 4 Confío un poco
- 5 No confío

D4. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas?

StressedMoneyNutritiousMeals

- 1 Siempre
- 2 Por lo general
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

D5. Si dispone de ella, ¿con qué frecuencia utiliza la información del menú sobre las calorías para decidir qué va a ordenar?

UseMenuCalorieInfo

- 1 Siempre
- 2 Por lo general
- 3 A veces
- 4 Rara vez
- 5 Nunca

D6. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come cada día?

Fruit

- 0 Nada
- 1 ½ taza o menos
- 2 ½ taza a 1 taza
- 3 1 a 2 tazas
- 4 2 a 3 tazas
- 5 3 a 4 tazas
- 6 4 tazas o más

1 taza de fruta puede ser:

- 1 manzana pequeña
- 1 banano grande
- 1 naranja grande
- 8 fresas grandes
- 1 pera mediana
- 32 uvas sin semilla
- 2 ciruelas grandes
- 1 taza de jugo de fruta
- ½ taza de fruta seca
- 1 rebanada de sandía de una pulgada de grosor.

D7. ¿Aproximadamente cuántas tazas de verduras (incluyendo jugo de verduras puro al 100%) toma o come usted cada día?

Vegetables

- 0 Nada
- 1 ½ taza o menos
- 2 ½ taza a 1 taza
- 3 1 a 2 tazas
- 4 2 a 3 tazas
- 5 3 a 4 tazas
- 6 4 tazas o más

1 taza de verduras puede ser:

- 3 tallos de brócoli
- 1 taza de hojas verdes cocinadas
- 2 tazas de lechuga u hojas verdes crudas
- 12 zanahorias pequeñas
- 1 papa mediana
- 1 batata (camote) grande
- 1 mazorca grande de maíz
- 1 tomate grande crudo
- 2 tallos de apio grandes
- 1 taza de frijoles cocidos



D8. ¿Cuántas bebidas o gaseosas azucaradas toma usted usualmente cada día? No incluya bebidas o gaseosas dietéticas.

RegularSoda

- 0 Nada
- 1 12 onzas (1 lata) o menos
- 2 13 a 24 onzas (2 latas)
- 3 25 a 36 onzas (3 latas)
- 4 37 a 48 onzas (4 latas)
- 5 Más de 48 onzas

D9. En una semana típica, ¿cuántos días realiza alguna actividad física o hace ejercicio de al menos moderada intensidad, tales como caminar de prisa, montar en bicicleta y nadar a ritmo normal?

TimesModerateExercise

- 0 Ninguno → **VAYA A LA PREGUNTA D11**
- 1 1 día por semana
- 2 2 días por semana
- 3 3 días por semana
- 4 4 días por semana
- 5 5 días por semana
- 6 6 días por semana
- 7 7 días por semana

D10. En los días en los que usted hace algún tipo de actividad o ejercicio físico de intensidad por lo menos moderada, ¿por cuánto tiempo suele hacer estas actividades?

Escriba un número usando las casillas debajo.

Minutos        Horas

HowLongModerateExerciseMn

HowLongModerateExerciseHr

D11. En una semana típica, aparte de su trabajo o del trabajo en casa, ¿cuántos días hace actividades físicas en su tiempo libre diseñadas específicamente para fortalecer sus músculos, como levantamiento de pesas o entrenamiento en circuitos? No incluya ejercicios cardiovasculares tales como caminar, montar bicicleta o nadar.

TimesStrengthTraining

- 0 Ninguno
- 1 1 día por semana
- 2 2 días por semana
- 3 3 días por semana
- 4 4 días por semana
- 5 5 días por semana
- 6 6 días por semana
- 7 7 días por semana

D12. En los últimos 30 días durante su tiempo libre, ¿cuántas horas por día, en promedio, se sentó a ver televisión o películas, navegó el Internet o jugó juegos de computadora? No incluya "video juegos activos" como "Wii."

AverageDailyTVGames

Horas por día

D13. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y   Pulgadas  
Height\_Feet      Height\_Inches

D14. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Libras  
Weight

D15. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado una cama de bronceado o cabina de bronceado?

TanningBed

- 0 0 veces
- 1 1 a 2 veces
- 2 3 a 10 veces
- 3 11 a 24 veces
- 4 25 o más veces

D16. Si se encuentra afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia usa protector solar?

Sunscreen

- 1 Siempre
- 2 A menudo
- 3 Algunas veces
- 4 Muy pocas veces
- 5 Nunca
- 99 No salgo fuera en días soleados

D17. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Smoke100

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA D19 en la próxima página**

D18. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

SmokeNow

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca



D19. Una bebida alcohólica es 1 lata o botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de "wine cooler", 1 coctel o un trago de licor.

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos una bebida alcohólica de cualquier tipo?

DrinksPerWeek

0 días → **VAYA A LA PREGUNTA D21**

- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

D20. Durante los últimos 30 días, en los días que bebió alcohol, ¿en promedio cuántas bebidas tomó aproximadamente?

DrinksPerDay

Bebida(s)

D21. ¿Cuánto duerme usted típicamente...

- |  | Horas                                     | Minutos                                   |
|--|---|---|
| a. En un día de trabajo o escuela (por ejemplo un día laborable)?..                  | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| b. En un día que no es de trabajo o escuela (por ejemplo, los fines de semana)?..... | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

## E: Mujeres y el Cáncer

E1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

GenderC

- 1 Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA F1 en la próxima página**
- 2 Femenino

E2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou?

DrTalkPapTest

- 1 Sí
- 2 No

E3. ¿Hace cuánto tiempo se hizo la prueba de Papanicolaou más reciente para detectar el cáncer cervical?

WhenPapTest

- 1 Hace un año o menos
- 2 Más de 1 año hasta 2 años
- 3 Más de 2 hasta 3 años
- 4 Más de 3 hasta 5 años
- 5 Más de 5 años
- 6 Nunca me han hecho una prueba de Papanicolaou

E4. Una mamografía es una radiografía de cada seno para detectar el cáncer.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse la mamografía?

DrTalkMammogram

- 1 Sí
- 2 No

E5. ¿Cuándo tuvo su última mamografía para detectar el cáncer de mama, si alguna vez la ha tenido?

WhenMammogram

- 1 Hace un año o menos
- 2 Más de 1 año hasta 2 años
- 3 Más de 2 hasta 3 años
- 4 Más de 3 hasta 5 años
- 5 Más de 5 años
- 6 Nunca me han hecho una mamografía

▶ **Por favor continúe en la próxima página**



## F: Detectando el Cáncer

- F1. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV, en inglés) que se llama inyección VPH (HPV, en inglés), vacuna contra el cáncer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

¿Ha hablado un médico u otro profesional del cuidado de la salud con usted acerca de la inyección o vacuna VPH (HPV, en inglés)?

EverTalkedHPVShot

- 1 Sí  
 2 No

- F2. Existen diferentes exámenes para detectar el cáncer de colon. Entre estos se incluyen:

**Una colonoscopia** - Para esta prueba se inserta un tubo en el recto y le dan un medicamento que puede hacerle sentir sueño. Después del procedimiento, necesitará que alguien lo conduzca a su casa.

**Una sigmoidoscopia** - Para este examen, usted estará despierto cuando le insertan el tubo en el recto. Después del examen usted puede conducir solo a casa.

**Una prueba de sangre en la materia fecal** -

Para esta prueba, se colecta una muestra de heces en casa y después se envía a un médico o laboratorio para su análisis

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse un examen para detectar cáncer de colon?

DrTalkColCaTest

- 1 Sí  
 2 No

- F3. ¿Se ha hecho alguna vez un examen para detectar cáncer de colon?

EverHadColCaTest

- 1 Sí  
 2 No

- F4. (Si usted es mujer, **VAYA A LA PREGUNTA G1** en la siguiente columna. Si es hombre continúe con la pregunta **F4**.) Las siguientes preguntas son acerca de conversaciones que médicos u otros profesionales de salud pueden tener con sus pacientes sobre la prueba APE (PSA, por sus siglas en inglés) usada para detectar cáncer de próstata.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse la prueba APE?

DrTalkPSATest

- 1 Sí  
 2 No

- F5. ¿Le han hecho alguna vez la prueba APE?

EverHadPSATest

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No estoy seguro

- F6. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que algunos médicos recomiendan la prueba APE (PSA, en inglés) mientras que otros médicos no la recomiendan?

SomeRecommendPSATest

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No estoy seguro

- F7. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional del cuidado de la salud que nadie está seguro de si la prueba APE (PSA, en inglés) realmente salva vidas?

NotSurePSATest

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No estoy seguro

## G: Creencias Sobre el Cáncer

▶ Piense acerca del cáncer en general al contestar las preguntas de esta sección.

- G1. ¿Qué probabilidad tiene usted de que se le desarrolle cáncer en el transcurso de su vida?

ChanceGetCancer

- 1 Muy poco probable  
 2 Poco probable  
 3 Ni poco probable ni probable  
 4 Probable  
 5 Muy probable

- G2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cáncer en el transcurso de su vida?

CompareChanceGetCancer

- 1 Muy poco probable  
 2 Poco probable  
 3 Ni poco probable ni probable  
 4 Probable  
 5 Muy probable

- G3. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

FreqWorryCancer

- 1 Nada  
 2 Un poco  
 3 Algo  
 4 Moderadamente  
 5 Mucho



G4. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

- |  | Totalmente de acuerdo | Algo de acuerdo | Algo en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|
| a. <b>EverythingCauseCancer</b><br>Parece que todo causa cáncer.....   | 1                     | 2               | 3                  | 4                        |
| b. <b>PreventNotPossible</b><br>No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer.....                       | 1                     | 2               | 3                  | 4                        |
| c. <b>TooManyRecommendations</b><br>Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... | 1                     | 2               | 3                  | 4                        |

### H: Su Historial de Cáncer

H1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

**EverHadCancer**

- 1 Sí  
2 No → **VAYA A LA PREGUNTA H4 en la siguiente columna**

H2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque con  todo lo que le aplicó.

- 1 Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino) **CaCervical**
  - 1 Cáncer de colon **CaColon**
  - 1 Cáncer de estómago **CaStomach**
  - 1 Cáncer de la cabeza y del cuello **CaHeadNeck**
  - 1 Cáncer de la faringe (garganta) **CaPharyngeal**
  - 1 Cáncer de la piel, no Melanoma **CaSkin**
  - 1 Cáncer de los huesos **CaBone**
  - 1 Cáncer de próstata **CaProstate**
  - 1 Cáncer de seno **CaBreast**
  - 1 Cáncer de vejiga **CaBladder**
  - 1 Cáncer del hígado **CaLiver**
  - 1 Cáncer del pulmón **CaLung**
  - 1 Cáncer endometrial (cáncer del útero) **CaEndometrial**
  - 1 Cáncer oral **CaOral**
  - 1 Cáncer ovárico **CaOvarian**
  - 1 Cáncer pancreático **CaPancreatic**
  - 1 Cáncer rectal **CaRectal**
  - 1 Cáncer renal (riñón) **CaRenal**
  - 1 Leucemia (cáncer de la sangre) **CaLeukemia**
  - 1 Linfoma de Hodgkin **CaHodgkins**
  - 1 Linfoma no de Hodgkin **CaNonHodgkin**
  - 1 Melanoma **CaMelanoma**
  - 1 Otro-Especifique →
- CaOther**  
**Cancer\_Cat**

H3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

**WhenDiagnosedCancer**

Edad

H4. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

**FamilyEverHadCancer**

- 1 Sí  
2 No  
4 No estoy seguro

### I: Investigación Médica y Registros Médicos

I1. Hasta donde usted sabe, ¿mantiene alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidado de la salud su información médica en un sistema computarizado?

**ProviderMaintainEMR**

- 1 Sí  
2 No

I2. Por favor indique qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.

- |  | Muy importante | Algo importante | Nada importante |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
| a. <b>ShareEMR</b><br>Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deberían de poder compartir su información médica entre ellos electrónicamente..... | 1              | 2               | 3               |
| b. <b>AccesPHR</b><br>Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente.....   | 1              | 2               | 3               |

I3. ¿Alguna vez ha dejado de darle información a su proveedor de cuidado de la salud porque le preocupa la privacidad o seguridad de su historial clínico?

**WithheldInfoPrivacy**

- 1 Sí  
2 No



## J: Usted y Su Hogar

J1. ¿Qué edad tiene usted?

Age

--	--	--

Años

J2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

OccupationStatus

Escoja  solo una de las siguientes opciones.

- 1 Empleado *Employed*
- 2 Desempleado *Unemployed*
- 3 Ama de casa *Homemaker*
- 4 Estudiante *Student*
- 5 Retirado *Retired*
- 6 Discapacitado *Disabled*
- 91 Otro-Especifique → 

OccupationStatus_OS
---------------------

  
*OtherOCC*  
*MultiOCC*

J3. ¿Ha prestado usted alguna vez servicio activo en las fuerzas armadas, en la Reserva militar o en la Guardia Nacional de los EE.UU.? Servicio activo no incluye entrenamiento en las Reservas o en la Guardia Nacional, pero INCLUYE la activación, por ejemplo, para la guerra del Golfo Pérsico.

ActiveDutyArmedForces

- 1 Sí, ahora estoy en servicio activo
- 2 Sí, estuve en servicio activo durante los últimos dos meses pero no ahora
- 3 Sí, estuve en servicio activo en el pasado pero no durante los últimos 12 meses
- 4 No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia
- 5 No, nunca presté servicio militar

VAYA A LA  
PREGUNTA  
J4

J3a. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido parte o todo su cuidado de la salud de un hospital o clínica para veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?

ReceivedCareVA

- 1 Sí, todo mi cuidado de salud
- 2 Sí, parte de mi cuidado de salud.
- 3 No, ningún cuidado de salud por parte del VA.

J4. ¿Cuál es su estado civil?

MaritalStatus

- 1 Casado/a
- 2 Unión libre
- 3 Divorciado/a
- 4 Viudo/a
- 5 Separado/a
- 6 Soltero/a, nunca he estado casado/a

J5. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

Education

- 1 Menos de 8 años
- 2 De 8 a 11 años
- 3 12 años o escuela secundaria completa
- 4 Formación después de la escuela secundaria, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- 5 Algún tiempo en la universidad
- 6 Graduado de la universidad
- 7 Postgraduado

J6. ¿Nació en los Estados Unidos?

BornInUSA

- 1 Sí → VAYA A LA PREGUNTA J8
- 2 No

J7. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

YearCameToUSA

--	--	--	--

Año

J8. ¿Qué tan cómodo se siente hablando inglés?

ComfortableEnglish

- 1 Completamente cómodo
- 2 Muy cómodo
- 3 Algo cómodo
- 4 Poco cómodo
- 5 Totalmente incómodo

J9. ¿Es usted hispano/a o latino/a?

Hispanic

- 1 Sí
- 2 No

J10. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es su raza?

Marque  una o más casillas.

- 1 Indio americano/Nativo de Alaska *AmerInd*
- 1 Asiática *Asian*
- 1 Negro/Afroamericano *Black*
- 1 Nativo Hawaiano o de otra isla del Pacífico *PacIsl*
- 1 Blanca *White*  
*Race\_Cat*

J11. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

TotalHousehold

--	--

Número de personas



J12. Incluyéndose a usted, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años o más que viva en esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
HHAdultGender1 Adulto 1	1 Masculino	HHAdultAge1	HHAdultMOB1
	2 Femenino		
HHAdultGender2 Adulto 2	1 Masculino	HHAdultAge2	HHAdultMOB2
	2 Femenino		
HHAdultGender3 Adulto 3	1 Masculino	HHAdultAge3	HHAdultMOB3
	2 Femenino		
HHAdultGender4 Adulto 4	1 Masculino	HHAdultAge4	HHAdultMOB4
	2 Femenino		
HHAdultGender5 Adulto 5	1 Masculino	HHAdultAge5	HHAdultMOB5
	2 Femenino		

J13. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

ChildrenInHH

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Número de niños menores de 18 años de edad
----------------------	----------------------	--

J14. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

RentOrOwn

- 1 Casa propia  
2 Renta  
3 Ocupa un lugar sin pagar renta

J15. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

CellPhone

- 1 Sí  
2 No

J16. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

PhoneInHome

- 1 Sí  
2 No

J17. Pensando en los miembros de su familia que viven en este hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, los ingresos totales antes de impuestos de todas las fuentes de ganancia en el último año?

IncomeRanges

- 1 \$0 to \$9,999  
2 \$10,000 to \$14,999  
3 \$15,000 to \$19,999  
4 \$20,000 to \$34,999  
5 \$35,000 to \$49,999  
6 \$50,000 to \$74,999  
7 \$75,000 to \$99,999  
8 \$100,000 to \$199,999  
9 \$200,000 o más

J18. ¿Completó esta encuesta en una sola sesión o lo hizo en más de una sesión?

MailStopStartSurvey

- 1 Completé la encuesta en una sesión.  
2 Completé la encuesta en más de una sesión.

J19. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

MailSomeoneInRoom

- 1 Sí  
2 No

J20. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

Escriba el número de minutos o horas usando las casillas.

MailSurveyTime\_Min MailSurveyTime\_Hrs

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas
----------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	-------

J21. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque con  todo lo que le appliqué.

TypeOfAddressA

- 1 El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio

TypeOfAddressB

- 1 Una dirección con un número de ruta rural

TypeOfAddressC

- 1 Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box)

TypeOfAddressD

- 1 Una casilla postal de un establecimiento comercial (como Mailboxes are Us, Mailboxes Etc.)



## ¡Gracias!

▶ Por favor devuelva este cuestionario en el sobre con franqueo pagado tan pronto como sea posible.

▶ Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

HINTS Study, TC 1046F

Westat

1600 Research Boulevard

Rockville, MD 20850