



# Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



La foto es solamente para propósitos ilustrativos. Cualquier persona que aparezca en la foto es un modelo.



COMENZAR  
AQUI:

### Instrucciones

- ▶ Por favor use una pluma con tinta negra o azul para completar este formulario.
- ▶ Marque  para indicar su respuesta.
- ▶ Si quiere cambiar alguna respuesta, marque con una  la respuesta incorrecta.

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, cuántas 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



## A: Buscando Información Sobre Salud

A1. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

SeekCancerInfo

- 1 Sí  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A3 más abajo**

A2. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de cáncer, ¿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
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba..... <span style="color: red;">CancerLotOfEffort</span>	1	2	3	4
b. Se sintió frustrado buscando información..... <span style="color: red;">CancerFrustrated</span>	1	2	3	4

A3. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información del cáncer si lo necesita?

CancerConfidentGetHealthInf

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

A4. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de cáncer de cada una de las siguientes fuentes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Un médico..... <span style="color: red;">CancerTrustDoctor</span>	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... <span style="color: red;">CancerTrustFamily</span>	4	3	2	1
c. Agencias gubernamentales de salud..... <span style="color: red;">CancerTrustGov</span>	4	3	2	1
d. Organizaciones de caridad..... <span style="color: red;">CancerTrustCharities</span>	4	3	2	1
e. Organizaciones y líderes religiosos..... <span style="color: red;">CancerTrustReligiousOrgs</span>	4	3	2	1



A5. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca del cáncer.  
¿Dónde buscaría primero?

*StrongNeedCancerInfo*

Marque sólo una de las siguientes opciones.

- 1 Libros
- 2 Folletos, hojas volantes, etc.
- 3 Organización del cáncer
- 4 Familia
- 5 Amigos/Compañeros de trabajo
- 6 Médico o proveedor de cuidados 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 → *StrongNeedCancerInfo\_OS*

## 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 B5 en la próxima página

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

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

B3. ¿Con qué frecuencia se conecta usted al Internet por medio de cada uno de los siguientes?

	A diario ↓	A veces ↓	Nunca	No aplica ↓
a. Computadora en casa..... <i>WhereUseInternet_Home</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Computadora en el trabajo..... <i>WhereUseInternet_Work</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro)..... <i>WhereUseInternet_PublicPlace</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. En un dispositivo móvil (teléfono celular / smartphone / tableta)..... <i>WhereUseInternet_MobileDevice</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



B4. ¿Qué tan satisfecho se encuentra con su velocidad de Internet?

- InternetSpeed*
- 1 Nada satisfecho
  - 2 No muy satisfecho
  - 3 Algo satisfecho
  - 4 Muy satisfecho
  - 5 Extremadamente satisfecho

B5. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted una computadora, un teléfono inteligente u otro medio electrónico para hacer alguna de las siguientes cosas?

	Sí	No
a. Buscar información médica o de salud para usted mismo..... <i>Electronic_SelfHealthInfo</i>	1	2
b. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarse con un médico o con un consultorio médico..... <i>Electronic_TalkDoctor</i>	1	2
c. Ver los resultados de pruebas que le hayan hecho..... <i>Electronic_TestResults</i>	1	2
d. Hacer citas con un proveedor de cuidado de la salud..... <i>Electronic_MadeApts</i>	1	2

B6. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

**Marque todos los que apliquen.**

- 1 Tableta computarizada (por ejemplo, iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom o Kindle Fire)  
*HaveDevice\_Tablet*
- 1 Teléfono inteligente (por ejemplo: iPhone, Android, Blackberry o teléfono Windows)  
*HaveDevice\_SmartPh*
- 1 Teléfono celular básico solamente  
*HaveDevice\_CellPh*
- 1 No tengo ninguno de los anteriores } **VAYA A LA PREGUNTA B10 en la próxima página**  
*HaveDevice\_None*
- HaveDevice\_Cat*

B7. ¿Tiene usted en su tableta o teléfono inteligente alguna aplicación relacionada con la salud y el bienestar?

- TabletHealthWellnessApps*
- 1 Sí
  - 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA B9 en la próxima página**
  - 3 No sé → **VAYA A LA PREGUNTA B9 en la próxima página**

B8. En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguna de estas aplicaciones de salud o bienestar?

- UsedHealthWellnessApps*
- 1 Sí
  - 2 No
  - 3 No sabe



B9. ¿Le ha ayudado su tableta o su teléfono inteligente...

	Sí ↓	No ↓
a. a medir su progreso hacia un objetivo relacionado con la salud, como dejar de fumar o aumentar su actividad física?..... <i>Tablet_AchieveGoal</i>	1	2
b. a tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?..... <i>Tablet_MakeDecision</i>	1	2
c. en conversaciones con su proveedor de cuidado de la salud?..... <i>Tablet_DiscussionsHCP</i>	1	2

B10. En los últimos 12 meses, ¿ha usado un dispositivo electrónico portátil para supervisar o hacer el seguimiento de su salud o actividad? Por ejemplo, un Fitbit, Apple Watch o un Garmin Vivofit.

- WearableDevTrackHealth*
- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA B13 más abajo**

B11. En el último mes, ¿con qué frecuencia usó un dispositivo portátil para supervisar su salud?

- FreqWearDevTrackHealth*
- 1 Todos los días
- 2 Casi todos los días
- 3 1 o 2 veces a la semana
- 4 Menos de una vez a la semana
- 5 No usé un dispositivo portátil el mes pasado

B12. ¿Estaría usted dispuesto a compartir los datos de salud de su dispositivo portátil con...

	Sí ↓	No ↓
a. su proveedor médico?..... <i>WillingShareData_HCP</i>	1	2
b. su familia?..... <i>WillingShareData_YourFamily</i>	1	2
c. su amigos?..... <i>WillingShareData_YourFriends</i>	1	2

B13. ¿Ha compartido información acerca de su salud con un profesional de la salud usando un dispositivo de monitoreo electrónico o un teléfono inteligente en los últimos 12 meses?

- SharedHealthDeviceInfo*
- 1 Sí
- 2 No
- 3 No aplica



B14. A veces la gente utiliza el Internet para conectarse con otras personas en línea por redes sociales como Facebook o Twitter. Esto a menudo se llama “medios sociales.”

En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

	Sí ↓	No ↓
a. Visitar sitios de una red social, como Facebook o LinkedIn..... <i>IntRsn_VisitedSocNet</i>	1	2
b. Compartir información sobre la salud en un sitio de redes sociales como Facebook o Twitter..... <i>IntRsn_SharedSocNet</i>	1	2
c. Participar en un foro en línea o grupo de apoyo para personas con problemas de salud o problemas médicos similares..... <i>IntRsn_SupportGroup</i>	1	2
d. Ver un video relacionado con la salud en YouTube..... <i>IntRsn_YouTube</i>	1	2

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

- FreqGoProvider*
- 0 Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA C6 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

C3. En general, ¿cómo calificaría la calidad del cuidado de la salud que ha recibido durante los últimos 12 meses?

- QualityCare*
- 1 Excelente
  - 2 Muy bueno
  - 3 Bueno
  - 4 Aceptable
  - 5 Malo



C4. 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.

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?

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

C5. En los últimos 12 meses, cuando estaba recibiendo cuidado por un problema médico, ¿tuvo usted que hacer lo siguiente en alguna ocasión?

	Sí	No
a. Traer placas de rayos X, un MRI u otro tipo de resultado de una prueba a la cita..	1	2
<i>ProbCare_BringTest</i>		
b. Esperar más tiempo del que usted considera razonable por los resultados de una prueba.....	1	2
<i>ProbCare_WaitLong</i>		
c. Repetir una prueba o procedimiento porque los resultados de la prueba anterior no estaban disponibles.....	1	2
<i>ProbCare_RedoTest</i>		
d. Proporcionar de nuevo su historial médico porque no podían encontrar su información.....	1	2
<i>ProbCare_ProvideHist</i>		

C6. ¿Está usted cubierto actualmente por cualquiera de los tipos siguientes de seguro de salud o planes de cobertura de la salud?

	Sí	No
a. Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato.....	1	2
<i>HealthIns_InsuranceEmp</i>		
b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros.....	1	2
<i>HealthIns_InsurancePriv</i>		
c. Medicare, para personas de 65 años o más o personas con ciertas discapacidades.....	1	2
<i>HealthIns_Medicare</i>		
d. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o con alguna discapacidad.....	1	2
<i>HealthIns_Medicaid</i>		
e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias.....	1	2
<i>HealthIns_Tricare</i>		
f. VA (incluyendo aquellos que alguna vez han usado o se han inscrito para el cuidado de la salud VA).....	1	2
<i>HealthIns_VA</i>		
g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service).....	1	2
<i>HealthIns_IHS</i>		
h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de la salud (Especifique).....	1	2
<i>HealthIns_Other</i>		

→ HealthIns\_Other\_OS





## D: Informes médicos

A continuación, vamos a hacerle unas preguntas acerca de sus registros médicos. El registros médicos se define como el historial médico, el cual incluye los resultados de sus pruebas de laboratorio, las notas clínicas y la lista actualizada de medicamentos.

D1. ¿Mantienen alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidados de la salud su registros médicos en un sistema computarizado?

ProviderMaintainEMR2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

D2. ¿Le ha ofrecido alguna vez acceso a sus registros médicos por Internet su...

Sí
No
No estoy seguro/a

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. proveedor de servicios de salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
OfferedAccessHCP2			
b. seguro de salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
OfferedAccessInsurer2			

D3. ¿Le ha alentado alguna vez alguno de sus proveedores de cuidado de la salud, incluyendo médicos, enfermeros o personal de las oficinas a usar un registro médico por Internet?

HCPEncourageOnlineRec

- 1 Sí
- 2 No

D4. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso a su registro médico en Internet en los últimos 12 meses?

AccessOnlineRecord

- 0 0
- 1 1 a 2 veces
- 2 3 a 5 veces
- 3 6 a 9 veces
- 4 10 o más veces

VAYA A LA PREGUNTA D6  
en la próxima página

D5. ¿Por qué no ha tenido usted acceso a su registro médico por Internet? ¿Es porque...

	Sí	No
a. usted prefiere hablar directamente con su proveedor de cuidado de la salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_SpeakDirectly		
b. usted no tiene manera de acceder al sitio Web?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoInternet		
c. usted no tiene necesidad de usar su registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoNeed		
d. a usted le preocupaba la privacidad o la seguridad del sitio Web que contenía su registros médicos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_ConcernedPrivacy		
e. usted no tiene un registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoRecord		
f. se le dificultó iniciar la sesión (por ejemplo, tuvo problemas para recordar su contraseña)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_LogInProb		
g. no se siente cómodo o no tiene experiencia con computadoras?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_Uncomfortable		
h. tiene más de un registro médico en línea?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_MultipleRec		





**Si no tuvo usted acceso a su registros médicos por Internet en los últimos 12 meses, VAYA A LA PREGUNTA E1.**

**Por lo demás, VAYA A LA PREGUNTA D6 más abajo**

D6. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted su registro médico en Internet para...

	Sí ↓	No ↓
a. ver los resultados de una prueba?..... <i>RecordsOnline_ViewResults</i>	1	2
b. enviar mensajes de forma segura a su proveedor y al personal de cuidado de la salud (por ej., por correo electrónico)?..... <i>RecordsOnline_MessageHCP</i>	1	2
c. descargar información sobre su salud a su computadora o dispositivo móvil, como un teléfono celular o una tableta?..... <i>RecordsOnline_DownloadHealth</i>	1	2

D7. ¿Cómo accedió a su registro médico en línea?

*HowAccessOnlineRecord*

- 1 Aplicación
- 2 Sitio web
- 3 En la aplicación y en el sitio web
- 4 No sabe

D8. ¿Alguno de sus registros médicos en línea incluye notas clínicas (notas del proveedor médico que describan una visita)?

*OnlineRecClinNotes*

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

D9. ¿Ha enviado su información médica electrónicamente a...

	Sí ↓	No ↓
a. otro proveedor de cuidado de la salud?..... <i>ESent_AnotherHCP</i>	1	2
b. un miembro de la familia u otra persona involucrada en su cuidado?..... <i>ESent_Family</i>	1	2
c. un servicio o aplicación que puede ayudar a manejar y almacenar su información sobre la salud?..... <i>ESent_HealthApp</i>	1	2



D10. ¿Qué tan fácil o difícil de comprender fue la información sobre su salud en su registro médico en Internet?

UnderstandOnlineMedRec

- 1 Muy fácil
- 2 Algo fácil
- 3 Algo difícil
- 4 Muy difícil

## E: Cuidar

E1. ¿Está usted actualmente cuidando o tomando decisiones acerca del cuidado de la salud de alguien que tiene una **condición médica, de conducta, discapacidad, u otra condición**?

Marque **todos los que apliquen**.

- 1 Sí, uno o varios hijos  
Caregiving\_Child
- 1 Sí, un cónyuge o pareja  
Caregiving\_Spouse
- 1 Sí, mi padre, mi madre o ambos  
Caregiving\_Parent
- 1 Sí, un miembro cercano de la familia  
Caregiving\_AnotherFam
- 1 Sí, un amigo/a u otra persona que no es de la familia  
Caregiving\_Friend
- 1 No → **VAYA A LA PREGUNTA F1 en la próxima página**  
Caregiving\_No  
CaregivingWho\_Cat

E2. ¿Provee usted algo de este cuidado profesionalmente como parte de su empleo (por ejemplo, como enfermera o asistente profesional para el cuidado de la salud en el hogar)?

Caregiving\_Professional

- 1 Sí
- 2 No

E3. Por favor, piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado.

Por favor, escoja todas las condiciones para las cuales ha proporcionado usted cuidados para esta persona.

Marque **todos los que apliquen**.

- 1 **Cáncer**  
Caregiving\_Cancer
- 1 **Alzheimer, confusión, demencia, pérdida de memoria**  
Caregiving\_Alzheimers
- 1 **Problemas ortopédicos/musculoesqueléticos** (por ejemplo: problemas de la espalda, fracturas de huesos, artritis, problemas de movilidad, no puede desplazarse, debilidad, inestabilidad, caídas)  
Caregiving\_OrthoMusc
- 1 **Problemas mentales/de comportamiento/abuso de sustancias** (por ejemplo: problemas emocionales, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, de drogas o de alcohol)  
Caregiving\_MentalHealth
- 1 **Condiciones crónicas** (por ejemplo: presión alta o hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón, ataque al corazón, enfermedad pulmonar, enfisema; Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD); Parkinson)  
Caregiving\_ChronicCond
- 1 **Problemas neurológicos o de desarrollo** (por ejemplo: daños o lesión al cerebro; trastorno en el desarrollo o trastorno intelectual; retraso mental; síndrome de Down; derrame cerebral)  
Caregiving\_NeuroDev
- 1 **Condiciones graves** (por ejemplo: cirugía, heridas o lesiones)  
Caregiving\_AcuteCond
- 1 **Envejecimiento o problemas relacionados con el envejecimiento no enumerados en las otras categorías**  
Caregiving\_Aging
- 1 **Otras (Especifique)**   
Caregiving\_Other
- 1 **No estoy seguro/a, No sé**  
Caregiving\_NotSure  
CaregivingCond\_Cat



E4. Piense en la persona a la cual actualmente proporciona el mayor cuidado. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso al registro médico en Internet de la persona que cuida en los últimos 12 meses?

- Caregiving\_AccessMedRec2
- 5 La persona que cuida no tiene un registro médico en Internet
  - 0 Ninguna
  - 1 De 1 a 2 veces
  - 2 De 3 a 5 veces
  - 3 De 6 a 9 veces
  - 4 10 o más veces

## F: Pruebas genéticas

F1. Usted hereda los genes de sus padres, y los genes pasan de una generación a otra. Las pruebas genéticas pueden determinar su composición genética.

¿Sobre cuáles de las siguientes pruebas genéticas ha oído hablar?

**Marque en todo lo que le aplique.**

- 1 **Pruebas de ascendencia:** Para determinar los antecedentes o el origen geográfico o étnico de los ancestros de una persona (por ejemplo, Ancestry.com y 23andMe)  
HeardGenTest\_Ancestry
- 1 **Pruebas genéticas de riesgos a la salud:** Para determinar los riesgos que tiene una persona de padecer varias afecciones (por ejemplo 23andMe)  
HeardGenTest\_HealthRisk
- 1 **Pruebas de alto riesgo de cáncer** (por ejemplo, BRCA1/2 o síndrome de Lynch)  
HeardGenTest\_CancerRisk
- 1 Otra - favor de especificar →   
HeardGenTest\_Other\_OS
- 1 No estoy seguro  
HeardGenTest\_NotSure
- 1 No he oído hablar sobre ninguno de estos tipos de pruebas genéticas → **PASE A F6 en la próxima página**  
HeardGenTest\_None  
HeardGenTest\_Cat

F2. ¿En cuáles de las siguientes fuentes leyó u oyó hablar algo sobre pruebas genéticas?

**Marque en todo lo que le aplique.**

- 1 Diario  
TestSource\_Ppr
- 1 Revista  
TestSource\_Mag
- 1 Radio  
TestSource\_Radio
- 1 Su proveedor de atención médica  
TestSource\_HCP
- 1 Asesor genético  
TestSource\_Counselor
- 1 Miembro de la familia  
TestSource\_Family
- 1 Amigo  
TestSource\_Friend
- 1 Medios sociales  
TestSource\_SocMed
- 1 Televisión  
TestSource\_TV
- 1 Internet  
TestSource\_Www
- 1 Otra - favor de especificar →   
TestSource\_Other\_OS
- 1 No he oído hablar de tales pruebas  
TestSource\_NotHeard
- 1 No estoy seguro  
TestSource\_NotSure
- TestSource\_Cat



F3. ¿Alguna vez se ha hecho alguno de los siguientes tipos de pruebas genéticas?

**Marque en todo lo que le aplique.**

- Pruebas de ascendencia:** Para determinar los antecedentes o el origen geográfico o étnico de los ancestros de una persona (por ejemplo, Ancestry.com y 23andMe)  
HadTest2\_Ancestry
- Pruebas genéticas de riesgos a la salud:** Para determinar los riesgos que tiene una persona de padecer varias afecciones (por ejemplo 23andMe)  
HadTest2\_HealthRisk
- Pruebas de alto riesgo de cáncer** (por ejemplo, BRCA1/2 o síndrome de Lynch)  
HadTest2\_CancerRisk
- Otra - favor de especificar →   
HadTest2\_Other\_OS
- No estoy seguro  
HadTest2\_NotSure
- Ninguna de las anteriores → **PASE a F6 en la próxima página**  
HadTest2\_None  
HadTest2\_Cat

F4. Si se hizo una prueba genética, ¿con quién compartió los resultados?

**Marque en todo lo que le aplique.**

- Su proveedor de atención médica  
SharedRes2\_HCP
- Asesor genético  
SharedRes2\_Counselor
- Cónyuge/pareja  
SharedRes2\_Spouse
- Padres  
SharedRes2\_Parent
- Siblings  
SharedRes2\_Sibling
- Hijos  
SharedRes2\_Child
- Amigo  
SharedRes2\_Friend
- Otra persona  
SharedRes2\_Other
- No compartí los resultados  
SharedRes2\_NotShared  
SharedRes2\_Cat

F5. Si se hizo una prueba genética, ¿quién lo ayudó a entender los resultados?

**Marque en todo lo que le aplique.**

- Su proveedor de atención médica  
UndGenTest\_HCP
- Asesor genético  
UndGenTest\_Counselor
- Cónyuge/pareja  
UndGenTest\_Spouse
- Padres  
UndGenTest\_Parent
- Siblings  
UndGenTest\_Sibling
- Hijos  
UndGenTest\_Child
- Amigo  
UndGenTest\_Friend
- Otra persona  
UndGenTest\_Other
- Nadie me ayudó a entender los resultados  
UndGenTest\_NoOne  
UndGenTest\_Cat



F6. ¿Cuánto cree que los genes que se heredan determinan si una persona padecerá o no cada una de las siguientes afecciones?

	Absolutamente nada	Un poco	Algo	Mucho
a. Obesidad..... <i>Genetics2_Obesity</i>	4	3	2	1
b. Cáncer..... <i>Genetics2_Cancer</i>	4	3	2	1
c. Enfermedades cardiovasculares..... <i>Genetics2_Cardio</i>	4	3	2	1
d. Diabetes..... <i>Genetics2_Diabetes</i>	4	3	2	1

F7. ¿Qué tan importante es saber la información genética de una persona para...

	Absolutamente nada	Un poco	Algo	Mucho
a. prevenir el cáncer?..... <i>KnowGenes_PreventCa</i>	4	3	2	1
b. detectar el cáncer en sus primeras etapas?..... <i>KnowGenes_DetectCa</i>	4	3	2	1
c. tartar en cáncer?..... <i>KnowGenes_TreatCa</i>	4	3	2	1

## G: Estudios clínicos

G1. Los estudios clínicos son investigaciones realizadas en personas. Están diseñados para comparar nuevas clases de atención médica con la atención médica habitual que las personas reciben en la actualidad. Por ejemplo, un medicamento nuevo o una manera nueva para que los pacientes registren su dieta.

¿Cómo describiría su nivel de conocimiento sobre los estudios clínicos?

*ClinicalTrialKnowledge*

- 1 No sé nada sobre estudios clínicos
- 2 Sé un poco sobre estudios clínicos
- 3 Sé mucho sobre estudios clínicos

G2. Suponga que tiene un problema médico y que se le invita a participar en un estudio clínico sobre ese problema. ¿Cuánto influiría cada una de las siguientes afirmaciones en su decisión de participar en el estudio clínico?

	Absolutamente nada	Un poco	Algo	Mucho
a. Mi participación ayudaría a otras personas..... <i>ClinTrial_HelpingPeople</i>	4	3	2	1
b. Me pagarían por participar..... <i>ClinTrial_GetPaid</i>	4	3	2	1
c. Recibiría apoyo por participar, como transporte, cuidado infantil o tiempo libre pagado de mi empleo..... <i>ClinTrial_GetSupport</i>	4	3	2	1
d. Si mi médico me recomendará participar..... <i>ClinTrial_DocEncouraged</i>	4	3	2	1
e. Si mi familia y mis amigos me alentarán a participar..... <i>ClinTrial_FamEncouraged</i>	4	3	2	1
f. Me gustaría recuperarme..... <i>ClinTrial_GetBetter</i>	4	3	2	1
g. Tendría la oportunidad de probar una nueva clase de atención..... <i>ClinTrial_NewCare</i>	4	3	2	1
h. Si la atención habitual no estuviera cubierta por mi seguro..... <i>ClinTrial_StdNotCovered</i>	4	3	2	1

8762



G3. Suponga que necesitara obtener información sobre estudios clínicos. ¿A cuál de lo siguiente acudiría primero para obtener información sobre estudios clínicos?

FirstInfoClinTrials

Marque solo una.

- 1 Mi proveedor de atención médica
- 2 Mi familia y amigos
- 3 Agencias de salud del gobierno
- 4 Organizaciones o grupos de salud (por ejemplo, la Sociedad Americana Contra el Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón)
- 5 Grupos de apoyo al paciente específicos de la afección
- 6 Compañías farmacéuticas
- 7 Búsqueda en Internet

G4. Suponga que necesita obtener información sobre estudios clínicos. ¿En cuál de las siguientes fuentes de información sobre ensayos clínicos confiaría más?

TrustInfoClinTrials

Marque solo una.

- 1 Mi proveedor de atención médica
- 2 Mi familia y amigos
- 3 Agencias de salud del gobierno
- 4 Organizaciones o grupos de salud (por ejemplo, la Sociedad Americana Contra el Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón)
- 5 Grupos de apoyo al paciente específicos de la afección
- 6 Compañías farmacéuticas

G5. ¿Ha oído hablar del sitio web clinicaltrials.gov?

HeardClinTrialsWebsite

- 1 Sí
- 2 No

G6. ¿Alguna vez lo han invitado a participar en un estudio clínico?

InvitedClinTrial

- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA H1 en la próxima página
- 3 No sé/No recuerdo → VAYA A LA PREGUNTA H1 en la próxima página

G7. ¿Participó en el estudio clínico?

ParticipatedClinTrial

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé/No recuerdo



## H: Su Salud en General

H1. En general, ¿diría usted que su salud es...

GeneralHealth

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

H2. 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

H3. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

Deaf

- Sí
- No

H4. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

TalkHealthFriends

- 1 Sí
- 2 No

H5. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

	Sí	No
a. ¿Diabetes o alto contenido de azúcar en la sangre?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
MedConditions_Diabetes		
b. ¿Presión alta de la sangre o hipertensión?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
MedConditions_HighBP		
c. ¿Una condición del corazón como ataque cardíaco, angina de pecho o fallo cardíaco congestivo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
MedConditions_HeartCondition		
d. ¿Enfermedad crónica del pulmón, asma, enfisema o bronquitis crónica?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
MedConditions_LungDisease		
e. ¿Depresión o trastornos de ansiedad?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
MedConditions_Depression		

H6. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Height\_Feet, Height\_Inches

Pies    y   
 

 Pulgadas





H7. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Weight

--	--	--

Libras

H8. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por cualquiera de los siguientes problemas?

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

H9. ¿A qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Cuando me siento amenazado/a o ansioso/a, me encuentro pensando en mis fortalezas..... <i>Threatened_Values</i>	1	2	3	4
b. Cuando me siento amenazado/a o ansioso/a, me encuentro pensando en mis valores..... <i>Threatened_Strengths</i>	1	2	3	4

H10. ¿Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación?

Voy a mis citas médicas esperando lo peor.

*ExpectWorst*

- 1 Enfáticamente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Enfáticamente en desacuerdo

H11. Del siguiente conjunto de valores, ¿CUÁL es el más importante para usted en su vida cotidiana?

*MostImportantValues*

**Marque solo uno.**

- 1 Tomar mis propias decisiones
- 2 Ser feliz
- 3 Ayudar a las personas
- 4 Ser leal con mi familia y amigos
- 5 Tener una conexión profunda con mi religión
- 6 Mantener una buena salud
- 7 Asegurarme de que mi familia está segura y protegida



## J: Salud y Nutrición

J1. Piense en la última vez que ordenó comida en un restaurante de comida rápida o en restaurante de servicio en la mesa, ¿notó la información de calorías que figura al lado de la comida en el menú o en el tablero del menú?

NoticeCalorieInfoOnMenu

- 1 Sí
- 2 No

J2. ¿En qué medida apoyaría o se opondría a lo siguiente?

La comida no nutritiva, incluidos caramelos, frituras, soda y bebidas deportivas con sabores, no deberían comercializarse para los niños en los medios sociales.

JunkFoodAdRestrictions

- 1 Me opongo enfáticamente
- 2 Me opongo
- 3 Ni lo apoyo ni me opongo
- 4 Lo apoyo
- 5 Lo apoyo enfáticamente

J3. Estos son ejemplos de un solo trago de alcohol:

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana tomó por lo menos un solo trago de cualquier bebida alcohólica?

DrinkDaysPerWeek

Días por semana

Si 0 VAYA A LA PREGUNTA J6 en la próxima página



J4. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebió alcohol, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó promedio?

DrinksPerDay

Tragos en promedio por día

J5. **Para hombres:** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumió 5 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

**Para mujeres:** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces consumió 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

DrinksOneOccasion

- 1 Nunca
- 2 1 o 2 veces
- 3 3 a 5 veces
- 4 6 a 10 veces
- 5 11 o más veces



J6. En su opinión, ¿cuánto afectan los siguientes tipos de alcohol el riesgo de padecer cáncer?

	Reduce mucho el riesgo	Reduce poco el riesgo	No tiene efecto	Aumenta poco el riesgo	Aumenta mucho el riesgo	No sé
a. Cerveza..... <i>Beer_CancerRisk</i>	1	2	3	4	5	6
b. Vino..... <i>Wine_CancerRisk</i>	1	2	3	4	5	6
c. Licor..... <i>Liquor_CancerRisk</i>	1	2	3	4	5	6

J7. En su opinión, ¿cuánto afectan los siguientes tipos de alcohol el riesgo de padecer enfermedades cardíacas?

	Reduce mucho el riesgo	Reduce poco el riesgo	No tiene efecto	Aumenta poco el riesgo	Aumenta mucho el riesgo	No sé
a. Cerveza..... <i>Beer_HeartRisk</i>	1	2	3	4	5	6
b. Vino..... <i>Wine_HeartRisk</i>	1	2	3	4	5	6
c. Licor..... <i>Liquor_HeartRisk</i>	1	2	3	4	5	6

J8. ¿A qué grado apoyaría o se opondría a lo siguiente a fin de reducir los problemas asociados al consumo excesivo de alcohol?

	Me opongo enfáticamente	Me opongo	Ni lo apoyo ni me opongo	Apoyo	Lo apoyo enfáticamente
a. Prohibir la comercialización de alcohol en exteriores, como en carteleras y paradas de autobús..... <i>ExcessiveAlcohol_BanAds</i>	1	2	3	4	5
b. Exigir que haya advertencias de salud específicas en los envases de alcohol..... <i>ExcessiveAlcohol_ReqWarn</i>	1	2	3	4	5
c. Exigir que los envases de alcohol muestren las pautas recomendadas para beber alcohol y mantener bajo el riesgo a la salud..... <i>ExcessiveAlcohol_Guidelines</i>	1	2	3	4	5



## K: Actividad física y ejercicio

K1. 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? (no incluya levantamiento de pesas)?

TimesModerateExercise

0 Ninguno → **VAYA A LA PREGUNTA K3 más abajo**

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

K2. 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?

HowLongModerateExerciseMinutes

--	--	--

Minutos por día

K3. 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

K4. Durante los últimos 7 días, ¿en un día típico cuánto tiempo pasó sentado en casa o en el trabajo? Incluido el tiempo que pasa sentado en un escritorio, visitando amigos, leyendo, conduciendo o viajando en un automóvil, o sentado o acostado viendo televisión.

AverageTimeSitting

--	--

Horas por día



## L: Productos de Tabaco

L1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Smoke100

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L3 más abajo**

L2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

SmokeNow

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

L3. Ahora se dispone de tipos nuevos de cigarrillos llamados cigarrillos electrónicos (también conocidos como vaporizadores, vaporizadores de pluma, tanques, vaporizadores personalizados avanzados [mods] o pod-mods). Estos productos liberan nicotina mediante un vapor. Comparado con fumar cigarrillos, diría usted que los cigarrillos electrónicos son...

ElectCigLessHarm

- 1 Mucho menos perjudiciales
- 2 Menos perjudiciales
- 3 Igual de perjudiciales
- 4 Más perjudiciales
- 5 Mucho más perjudiciales, o
- 7 No sé

L4. ¿Ha usado alguna vez un cigarrillo electrónico, aunque solo sea una o dos veces?

UsedECigEver

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L6 en la próxima página**

L5. ¿Actualmente usa un cigarrillo electrónico todos los días, algunos días o nunca?

UseECigNow

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



- L6. Los productos de tabaco calentados, también conocidos como productos de tabaco de calor sin combustión, usan una tecnología que calienta el tabaco en lugar de quemarlo. Estos productos NO son cigarrillos electrónicos. Algunas marcas de productos de tabaco calentados incluyen iQOS y Eclipse.

Con respecto a estos productos de tabaco calentados, ¿cuál de las siguientes afirmaciones lo describe MEJOR a usted?

HeardHeatedTobacco

- 1 Nunca he oído hablar sobre los productos de tabaco calentados
- 2 He oído hablar sobre los productos de tabaco calentados pero nunca los he probado
- 3 He probado productos de tabaco calentados pero ya no los uso
- 4 Actualmente uso productos de tabaco calentados
- 5 No sé

- L7. En los últimos 12 meses, ¿ha visto mensajes que dicen que los tribunales federales han ordenado a las compañías de tabaco que publiquen declaraciones sobre los riesgos de fumar cigarrillos? Estos mensajes han aparecido en diarios, la televisión o el sitio web de las compañías de tabaco, y en las cajetillas de cigarrillos.

SeenFederalCourtTobaccoMessages2

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L9 en la próxima página**

- L8. ¿Cuál de los siguientes mensajes ha visto usted?

**Marque todos los que apliquen.**

- 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de los efectos de fumar en la salud.  
TobaccoMessages\_HESmoking
  - 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de los efectos de ser fumador pasivo.  
TobaccoMessages\_HESecondhand
  - 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de qué tan adictivo es fumar y la nicotina.  
TobaccoMessages\_Addictiveness
  - 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de cómo los cigarrillos están diseñados para optimizar la entrega de nicotina.  
TobaccoMessages\_EnhanceDelivery
  - 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de cómo los cigarrillos suaves y bajos en alquitrán son tan perjudiciales como los cigarrillos regulares.  
TobaccoMessages\_LowTarLight
- TobaccoMessages\_Cat



L9. ¿En qué medida apoyaría o se opondría a las siguientes medidas relacionadas con los cigarrillos?

	Me opongo enfáticamente	Me opongo	Ni lo apoyo ni me opongo	Apoyo	Lo apoyo enfáticamente
a. Al igual que la violencia y el sexo, las películas en las que se fuman cigarrillos se deberían clasificar “R” para proteger a los niños y a los jóvenes contra este hábito..... <i>CigMeasures_MovieRatings</i>	1	2	3	4	5
b. Se debería exigir que las cajetillas de cigarrillos llevaran etiquetas de advertencia con imágenes y palabras que muestren los efectos negativos que el hábito de fumar causa a la salud..... <i>CigMeasures_WarningLabels</i>	1	2	3	4	5

L10. ¿A qué grado apoyaría o se opondría a las siguientes medidas relacionadas con todos los productos de tabaco, incluidos cigarrillos, cigarrillos electrónicos, tabaco sin humo, pipas de agua turcas (*hooka*) y puros?

	Me opongo enfáticamente	Me opongo	Ni lo apoyo ni me opongo	Apoyo	Lo apoyo enfáticamente
a. Se debería exigir a las tiendas que guarden los <u>productos de tabaco</u> lejos de la vista de los clientes, no en el mostrador de la caja registradora..... <i>TobaccoMeasures_HideProducts</i>	1	2	3	4	5
b. Se debería exigir a las tiendas que coloquen los <u>anuncios</u> de los productos de tabaco lejos de las cajas registradoras y de las ventanas..... <i>TobaccoMeasures_HideAds</i>	1	2	3	4	5
c. <u>No</u> se deberían comercializar los productos de tabaco en los medios sociales..... <i>TobaccoMeasures_NoSocMed</i>	1	2	3	4	5

## M: Detección del cáncer y concienciación

M1. “Medicina de precisión” es una estrategia para el tratamiento y la prevención de enfermedades que toma en cuenta las diferencias individuales en los genes, el medio ambiente y el estilo de vida.

Antes de contestar esta encuesta, ¿alguna vez oyó hablar sobre estrategias como la medicina de precisión?

- HeardPrecisionMedicine*
- 1 Sí
- 2 No



M2. En cualquier momento durante el último año, ¿ha hablado con un médico u otro profesional de la salud acerca de hacerse una prueba para ver si tiene cáncer de pulmón?

DrTalkLungTest

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a

M3. **Para hombres:** VAYA A LA PREGUNTA M5 más abajo

**Para mujeres:** ¿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

M4. ¿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

M5. 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.

¿Se ha hecho alguna vez uno de estos exámenes para detectar cáncer de colon?

EverTestedColonCa

- 1 Sí
- 2 No





M6. ¿Ha oído hablar alguna vez del **VPH**? Las iniciales VPH significan Virus del Papiloma Humano. Esto no es VHC, SIDA, VSH, o herpes.

HeardHPV

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA M8 más abajo**

M7. ¿Cree usted que el **VPH** puede causar...

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. cáncer cervical?..... HPVCauseCancer_Cervical	1	2	3
b. cáncer del pene?..... HPVCauseCancer_Penile	1	2	3
c. cáncer anal?..... HPVCauseCancer_Anal	1	2	3
d. cáncer oral?..... HPVCauseCancer_Oral	1	2	3

M8. 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®.

Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez de la vacuna contra el cáncer cervical o inyección VPH?

HeardHPVVaccine2

- 1 Sí
- 2 No

**N: Creencias respecto al cáncer**

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

N1. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

FreqWorryCancer

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



N2. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Parece que todo causa cáncer..... <i>EverythingCauseCancer</i>	1	2	3	4
b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... <i>PreventNotPossible</i>	1	2	3	4
c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... <i>TooManyRecommendations</i>	1	2	3	4
d. Si el resultado de una prueba genética indicara que corro un alto riesgo de padecer cáncer cambiaría mis comportamientos, como en la dieta y el ejercicio, y me haría las pruebas médicas habituales..... <i>HighRiskChangeBehavior</i>	1	2	3	4

N3. ¿Qué tanto le gustaría saber si tiene un cambio genético que aumenta sus probabilidades de padecer cáncer?

- GeneticChangeIncreasedRisk*
- 4 Absolutamente nada
  - 3 Un poco
  - 2 Algo
  - 1 Mucho

N4. ¿Cuánto piensa que cada uno de los siguientes factores puede influir si una persona desarrolla o no cáncer?

	Mucho	Poco	Nada	No sé
a. Tener peso excesivo o ser obeso..... <i>InfluenceCancer_Obesity</i>	1	2	3	4
b. Aumentar de peso en la vida adulta..... <i>InfluenceCancer_AdultWeight</i>	1	2	3	4
c. Comer demasiada carne roja..... <i>InfluenceCancer_RedMeat</i>	1	2	3	4



## O: Su historial de cáncer

O1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

EverHadCancer

1 Sí

2 No → VAYA A LA PREGUNTA O6 en la próxima página

O2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

**Marque todos los que apliquen.**

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 del 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

CaPancreas

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

CaOther\_OS

O3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

--	--	--

WhenDiagnosedCancer

Años



O4. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

DiscussedClinicalTrial

- 1 Sí
- 2 No

O5. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

ClinicalTrialCancerTx2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé

O6. Las siguientes preguntas se refieren a lo que sabe sobre el cáncer en su familia. Por familia queremos decir sus parientes biológicos de primero y segundo grado: sus padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos, sobrinos.

¿Qué tan bien conoce sus antecedentes familiares de cáncer, incluso si no hay antecedentes de cáncer en su familia?

FamiliarFamilyCancer2

- 5 Absolutamente nada
- 4 Un poco
- 3 Algo
- 2 Bien
- 1 Muy bien

O7. ¿Alguna vez ha padecido cáncer alguno de sus parientes biológicos de primero y segundo grado (sus padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos, sobrinos)

FamilyEverHadCancer2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro

## P: Usted y su hogar

P1. ¿Qué edad tiene usted?

--	--	--

Age  
Años



P2. ¿Cómo se le identifica en su acta de nacimiento, como hombre o como mujer?

BirthGender

- 1 Hombre
- 2 Mujer

P3. ¿Cuál es su identidad sexual actualmente?

GenderIdentity

- 1 Hombre
- 2 Mujer
- 3 Transgénero
- 4 No convencional con respecto al género
- 91 Otra - favor de especificar →

GenderIdentity\_OS

P4. En los últimos 30 días, ¿trabajó usualmente 35 o más horas a la semana en total en todos sus empleos o compañías?

WorkFullTime

- 1 Sí
- 2 No

P5. ¿Cuáles de los siguiente describen mejor su estado laboral actual?

**Marque todos los que apliquen.**

- 1 Empleado
- 1 Desempleado por 1 año o más
- 1 Desempleado por menos de 1 año
- 1 Ama de casa
- 1 Estudiante
- 1 Retirado
- 1 Discapacitado
- 1 Otro - Especifique →

Occupation\_Employed  
Occupation\_1YUnEmployed  
Occupation\_Less1YUnEmployed  
Occupation\_Homemaker  
Occupation\_Student  
Occupation\_Retired  
Occupation\_Disabled  
Occupation\_Other  
Occupation\_Other\_OS

Occupation\_Cat  
FullTimeOcc\_Cat

P6. ¿Cuál es su estado civil?

**Marque sólo una de las siguientes opciones.**

MaritalStatus

- 1 Casado/a
- 2 Vivir como persona casada o con un/a compañero/a romántico/a
- 3 Divorciado/a
- 4 Viudo/a
- 5 Separado/a
- 6 Soltero/a, nunca he estado casado/a



P7. ¿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

P8. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

**Marque todos los que apliquen.**

- 1 No, ni hispano/a, latino/a, ni de origen español  
NotHisp
- 1 Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a  
Mexican
- 1 Sí, portorriqueño/a  
PuertoRican
- 1 Sí, cubano/a  
Cuban
- 1 Sí, de otro origen hispano/a, latino/a o español  
OthHisp  
Hispanic

P9. ¿Cuál es su raza? Una o más categorías pueden ser seleccionadas.

**Marque todos los que apliquen.**

- 1 Blanca  
White
- 1 Negra o afro-americana  
Black
- 1 India Americana o nativa de Alaska  
AmerInd
- 1 India asiática  
AsInd
- 1 China  
Chinese
- 1 Filipina  
Filipino
- 1 Japonesa  
Japanese
- 1 Coreana  
Korean
- 1 Vietnamita  
Vietnamese
- 1 Otra raza asiática  
OthAsian
- 1 Nativa de Hawái  
Hawaiian
- 1 Guameña o chamorra  
Guamanian
- 1 Samoana  
Samoan
- 1 Otra raza de las islas del Pacífico  
OthPacIsl  
Race\_Cat2



P10. ¿Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación?

*EthnicGroupBelonging*

Tengo un fuerte sentido de pertenencia a mi propio grupo étnico.

- 1 Definitivamente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Definitivamente en desacuerdo

P11. Se considera usted...

*SexualOrientation*

- 1 Heterosexual
- 2 Homosexual o gay o lesbiana
- 3 Bisexual
- 91 Otra cosa - Especifique →

*SexualOrientation\_OS*

P12. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

		<i>TotalHousehold</i> Número de personas
--	--	---

P13. Empezando con usted, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años de edad o mayor que viva en esta dirección.

<i>Persona</i>	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
USTED MISMO/A <i>SelfGender</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text" value="SelfAge"/>	<input type="text" value="SelfMOB"/>
<i>Adulto 2</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <i>HHAdultGender2</i>	<input type="text" value="HHAdultAge2"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB2"/>
<i>Adulto 3</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <i>HHAdultGender3</i>	<input type="text" value="HHAdultAge3"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB3"/>
<i>Adulto 4</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <i>HHAdultGender4</i>	<input type="text" value="HHAdultAge4"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB4"/>
<i>Adulto 5</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino <i>HHAdultGender5</i>	<input type="text" value="HHAdultAge5"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB5"/>



P14. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

ChildrenInHH

Número de niños menores de 18 años de edad

P15. Considerando la política de la actualidad, ¿cómo describiría su propio punto de vista político?

PoliticalViewpoint

- 1 Muy liberal
- 2 Liberal
- 3 Algo liberal
- 4 Moderado
- 5 Algo conservador
- 6 Conservador
- 7 Muy conservador

P16. 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 a \$9,999
- 2 \$10,000 a \$14,999
- 3 \$15,000 a \$19,999
- 4 \$20,000 a \$34,999
- 5 \$35,000 a \$49,999
- 6 \$50,000 a \$74,999
- 7 \$75,000 a \$99,999
- 8 \$100,000 a \$199,999
- 9 \$200,000 o más

P17. ¿Cuál de lo siguiente se asemeja más a lo que siente sobre sus ingresos familiares?

IncomeFeelings

- 1 Vive cómodamente con sus ingresos actuales
- 2 La pasa regular con sus ingresos actuales
- 3 Es difícil la vida con sus ingresos actuales
- 4 Es muy difícil la vida con sus ingresos actuales





---

## ¡Gracias!

- ▶ Por favor devuelva este cuestionario dentro del sobre con la estampilla pagada en un plazo de 2 semanas.
- ▶ Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

HINTS Study, TC 1046F  
Westat  
1600 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850