

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*



**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 fecha de cumpleaños más próxima debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de personas 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. HHAdultNextBirthday

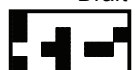
--

**If you prefer to receive the survey in English, please call 1-888-521-YYYY**

---

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.

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 90 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede hacer 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 (OBM 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 (0925-0589-XX). No devuelva el formulario completo a esta dirección.



## A: Buscar información acerca de la 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 A7 en la próxima pagina

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

*SeekCancerInfo*

- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA A7 más abajo

A6. 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
<i>CancerLotOfEffort</i>				
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
<i>CancerFrustrated</i>				
b. Se sintió frustrado buscando información .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>CancerConcernedQuality</i>				
c. Le preocupaba la calidad de la información .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>CancerTooHardUnderstand</i>				
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

A7. 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

A8. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de cáncer del cada una de las siguientes fuentes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<i>CancerTrustDoctor</i>				
a. Un médico .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustFamily</i>				
b. Familia o amigos .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustNewsMag</i>				
c. Periódicos o revistas .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustRadio</i>				
d. Radio .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustInternet</i>				
e. Internet .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustTelevision</i>				
f. Televisión .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustGov</i>				
g. Agencias gubernamentales de salud .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustCharities</i>				
h. Organizaciones de caridad .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>CancerTrustReligiousOrgs</i>				
i. Organizaciones y líderes religiosos .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1



A9. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca del cáncer. ¿Dónde buscaría primero?

StrongNeedCancerInfo

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 →

StrongNeedCancerInfo\_OS

StrongNeedCancerInfo\_IMP

A10. ¿Cuanta atención le presta a la información sobre cáncer en cada una de las siguientes fuentes?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
CancerAttention_OnlineNews	↓	↓	↓	↓
a. En periódicos en Internet.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_PrintNews				
b. En periódicos impresos .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_HealthNews				
c. En revistas médicas especializadas o boletines informativos .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_Internet				
d. En el Internet.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_Radio				
e. En la radio .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_LocalTV				
f. En noticieros locales de televisión .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
CancerAttention_NatTV				
g. En noticieros de televisión nacional o por cable .....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1



## B: Usar 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. <small>Internet_DialUp</small> Una línea telefónica.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. <small>Internet_BroadBnd</small> Banda ancha tal como DSL, cable o FiOS ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. <small>Internet_Cell</small> Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. <small>Internet_WiFi</small> Una red inalámbrica (WiFi).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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

Internet\_Other

1 Sí-Especifique →

Internet\_OtherOS

2 No

B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información del cáncer para usted?

InternetCancerInfoSelf

1 Sí

2 No

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información del cáncer?

InternetCancerInfoSite

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 de cáncer:

InternetCancerInfoSite\_OS



## C: El cuidado de su salud

C1. ¿Sin incluir siquiátras 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. ¿Tiene usted algún tipo de cobertura para el cuidado de la salud, incluyendo seguro de salud, planes pre-pagados como HMO, o planes del gobierno como Medicare?

HealthInsurance

- 1 Sí
- 2 No

C3. 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

C4. 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 página 7**
- 1 1 vez
- 2 2 veces
- 3 3 veces
- 4 4 veces
- 5 5-9 veces
- 6 10 o más veces



C5. Las siguientes preguntas son acerca de su comunicación con todos los médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de salud que usted vió durante los últimos 12 meses...

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?

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

C6. 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 medica?

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

C7. 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





## D: Informes médicos

D1. 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

D2. Por favor indique qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.

	Muy importante	Algo importante	Nada importante
a. Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deberían de poder compartir su información médica entre ellos electrónicamente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ShareEMR

AccessPHR

D3. ¿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

## E: Investigación médica

E1. Los ensayos clínicos son estudios de investigación realizados con personas. Están diseñados para probar la seguridad y la eficacia de tratamientos nuevos y para comparar tratamientos nuevos con el cuidado estándar que reciben las personas actualmente. ¿Ha oído hablar alguna vez de un ensayo clínico?

HeardOfClinicalTrial

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No lo sé

E2. 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 estas pruebas genéticas?

HeardGeneticTest

- 1 Sí  
 2 No



E3. ¿Cuánto cree usted que los comportamientos relacionados con la salud como seguir una dieta, hacer ejercicio y fumar determinan si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<i>Behaviors_Diabetes</i> a. Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	4	3	2	1
<i>Behaviors_Obesity</i> b. Obesidad.....	4	3	2	1
<i>Behaviors_HeartDisease</i> c. Enfermedad del corazón.....	4	3	2	1
<i>Behaviors_HighBP</i> d. Presión alta de la sangre /Hipertensión .....	4	3	2	1
<i>Behaviors_Cancer</i> e. Cáncer.....	4	3	2	1

E4. ¿Cuánto cree usted que la genética, es decir, las características que pasan de una generación a la siguiente, determina si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<i>Genetics_Diabetes</i> a. Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	4	3	2	1
<i>Genetics_Obesity</i> b. Obesidad.....	4	3	2	1
<i>Genetics_HeartDisease</i> c. Enfermedad del corazón.....	4	3	2	1
<i>Genetics_HighBP</i> d. Presión alta de la sangre /Hipertensión .....	4	3	2	1
<i>Genetics_Cancer</i> e. Cáncer.....	4	3	2	1

**F: Su salud en general**

F1. En general, ¿diría usted que su salud es...

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

F2. 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

F3. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

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

F4. ¿Cuánto duerme usted típicamente...

	Horas ↓	Minutos ↓
a. <small>SleepWorkdayHr, SleepWorkdayMn</small> En un día de semana (por ej. un día laborable o escolar)? .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. <small>SleepWeekendHr, SleepWeekendMn</small> En un fin de semana (por ej. un día no laborable o no escolar)? .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F5. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Height\_Feet  Pies    y    Height\_Inches   Pulgadas

F6. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Weight    Libras

F7. En algún momento durante el último año, ¿ha tratado intencionalmente de ...

WeightIntention

1 Perder peso,

2 Mantener su peso,

3 Ganar peso, o

4 Realmente no ha prestado atención a su peso?

F8. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con esta declaración: "El peso corporal es algo básico que uno mismo no puede cambiar mucho"?

WeightOpinion

1 Muy de acuerdo

2 Algo de acuerdo

3 Algo en desacuerdo

4 Muy en desacuerdo



F9. 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

F10. ¿Hay alguna persona con quien pueda contar para darle apoyo emocional cuando lo necesite - como para hablar sobre problemas o para ayudarle a tomar decisiones difíciles?

- EmotionalSupport*  
 1 Sí  
 2 No

F11. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

- TalkHealthFriends*  
 1 Sí  
 2 No

F12. Si necesita ayuda con las tareas diarias, ¿hay alguien que pueda ayudarle?

- HelpDailyChores*  
 1 Sí  
 2 No

## G: Salud y nutrición

G1. 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 → **VAYA A LA PREGUNTA G3 en la próxima página**

G2. Cuando está disponible, ¿qué tan útil encuentra la información de las calorías en los menús para decidir que ordenar?

- HelpfulMenuCalorieInfo*  
 1 Nada útil  
 2 Un poco útil  
 3 Útil  
 4 Muy útil  
 5 Sumamente útil

G3. ¿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
- 2 ciruelas grandes
- 32 uvas sin semilla
- 1 taza (8oz) de jugo de fruta
- ½ taza de fruta seca
- 1 rebanada de sandía

G4. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

FruitIntent

- 1 AUMENTAR la cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma,
- 2 MANTENER la misma cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma, o
- 3 Realmente no ha prestado atención a la cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma cada día?

G5. ¿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

G6. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

VegetablesIntent

- 1 AUMENTAR la cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma,
- 2 MANTENER la misma cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma, o
- 3 Realmente no ha prestado atención a la cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma cada día?



G7. Sin contar ninguna soda o refresco de dieta, ¿aproximadamente con que frecuencia bebe usted soda o refrescos regulares en una semana típica?

RegularSodaWeek

- 1 Todos los días
- 2 5 - 6 días a la semana
- 3 3 - 4 días a la semana
- 4 1 - 2 días a la semana
- 5 Menos de un día a la semana
- 6 Nunca tomo soda o refrescos regulares

G8. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

RegularSodaIntention

- 1 REDUCIR la cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana,
- 2 MANTENER la misma cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana, o
- 3 Realmente no ha prestado atención a la cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana?

## H: Actividad física y ejercicio

H1. 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 H3 en la próxima página**

- 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

H2. 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.

HowLongModerateExerciseMn

--	--

Minutos

--	--

Horas

HowLongModerateExerciseHr



H3. 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

H4. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

ExerciseIntention

- 1 AUMENTAR la cantidad de ejercicio que hace en una semana típica,
- 2 MANTENER la misma cantidad de ejercicio que hace en una semana típica, o
- 3 Realmente no ha prestado mucha atención a la cantidad de ejercicio que hace?

H5. La gente comienza a hacer o continúa haciendo ejercicio regularmente por muchas razones. ¿Cuánto refleja cada uno de los siguientes enunciados la razón por la cual usted comenzaría o continuaría haciendo ejercicio regularmente?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Sentir presión de los demás ..... RegExercise_Pressure	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
b. Sentir preocupación por su apariencia..... RegExercise_Apearance	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
c. Sentirse culpable cuando no hace ejercicio..... RegExercise_Guilt	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
d. Disfrutar el hacer ejercicio ..... RegExercise_Enjoyment	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

H6. 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



## I: Salud y el medio ambiente

11. ¿Cuánto le preocupa que cada una de las siguientes cosas perjudique su salud?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<small>HarmHealth_OutdoorAir</small> a. Contaminación del aire en lugares abiertos .....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_IndoorAir</small> b. Contaminación del aire en lugares cerrados .....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_WaterChem</small> c. Productos químicos artificiales en el agua .....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_FoodChem</small> d. Pesticidas y otros químicos en los alimentos .....	4	3	2	1

12. ¿Cuánto le preocupa que cada una de las siguientes cosas perjudique su salud?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<small>HarmHealth_PhoneRad</small> a. Radiación de los teléfonos celulares .....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_MedRad</small> b. Radiación de las pruebas médicas con producción de imágenes, como rayos X, mamografía, tintes radioactivos, etc. ....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_HouseholdChem</small> c. Productos químicos en artículos domésticos como recipientes de plástico, muebles, pintura, etc. ....	4	3	2	1
<small>HarmHealth_PersonalChem</small> d. Productos químicos en productos para el cuidado personal como maquillaje, perfumes, productos para el cabello, etc. ....	4	3	2	1

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

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

## J: Productos de tabaco

J1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Smoke100
- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA J5 en la próxima página

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

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





J3. En cualquier momento durante el último año, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de parar de fumar?

TriedQuit

- 1 Sí  
 2 No

J4. ¿Está usted seriamente considerando el dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

ConsiderQuit

- 1 Sí  
 2 No

J5. 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

J6. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con esta declaración: "El fumar es algo básico de una persona lo cual ella no puede cambiar mucho."

SmokingOpinion

- 1 Muy de acuerdo  
 2 Algo de acuerdo  
 3 Algo en desacuerdo  
 4 Muy en desacuerdo

J7. En su opinión, ¿piensa usted que algunos tipos de cigarrillos son menos perjudiciales para la salud de las personas que otros tipos?

CigLessHarm

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No estoy seguro/a

J8. En su opinión, ¿piensa usted que algunos productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco de mascar, snus y snuff, son menos dañinos para la salud de una persona que los cigarrillos?

SmokelessLessHarm

- 1 Sí  
 2 No  
 3 No estoy seguro/a



J9. Comparado con personas que fuman todos los días, ¿piensa usted que las personas que fuman sólo algunos días tienen menos o más riesgos de desarrollar problemas de salud durante su vida?

SmokeRiskHealth

- 1 Mucho menos riesgo
- 2 Menos riesgo
- 3 Casi el mismo riesgo
- 4 Más riesgo
- 5 Mucho más riesgo

J10. Ahora se dispone de tipos nuevos de cigarrillos llamados cigarrillos electrónicos (conocidos también como e-cigarrillos o vaporizadores personales). 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
- 6 Nunca he oído hablar de cigarrillos electrónicos

J11. ¿Cree usted que la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) regula productos de tabaco en los Estados Unidos?

FDAREgulateTobacco

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a



K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

GenderC

1 Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA L1 en la próxima página**

2 Femenino

K2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou?

DrTalkPapTest

1 Sí

2 No

K3. ¿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

K4. Si su médico le dijese que haciéndose una prueba Papanicolaou con menos frecuencia que ahora usted obtendría los mismos beneficios para la salud, usted...

LessOftenPapTest

1 Estaría de acuerdo en hacerse las pruebas Papanicolaou con menos frecuencia

2 Seguiría haciéndose las pruebas Papanicolaou con la misma frecuencia que ahora

K5. 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

K6. ¿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



## L: Exploración del cáncer

- L1. 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

- L2. Incluyéndose a usted mismo/a, ¿hay alguien en su familia inmediata entre las edades de 9 y 27 años de edad?

FamBetween9and27

1 Sí

2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L4 más abajo**

- L3. Durante los últimos 12 meses, ¿algún médico u otro profesional de la salud ha recomendado que usted o un miembro de su familia inmediata se ponga una inyección o vacuna contra el VPH (virus del papiloma humano o HPV en inglés)?

RecommendHPVShot

1 Sí

2 No

3 No lo sé

- L4. En su opinión, ¿qué tan exitosa es la prueba Papanicolau para detectar el cáncer cervical en las etapas iniciales?

PapTestDetect

1 Nada exitosa

2 Un poco exitosa

3 Exitosa

4 Muy exitosa

5 No lo sé

- L5. En su opinión, ¿qué tan exitosa es la vacuna VPH (virus del papiloma humano o HPV por sus siglas en inglés) para prevenir el cáncer cervical?

HPVShotPrevent

1 Nada exitosa

2 Un poco exitosa

3 Exitosa

4 Muy exitosa

5 No lo sé



- L6. 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

- L7. ¿Se ha hecho alguna vez uno de estos exámenes para detectar cáncer de colon?

EverHadColCaTest

- 1 Sí  
 2 No



**Hombres: continúe a la pregunta L8**

**Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA M1 en la siguiente página.**

- L8. Las preguntas siguientes se refieren a conversaciones que los médicos u otros profesionales de la salud podrían haber tenido con sus pacientes acerca de la prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA en inglés) que se utiliza para detectar el cáncer de la próstata.

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

EverHadPSATest

- 1 Sí  
 2 No

- L9. ¿Alguna vez un médico ha hablado con usted acerca de si debería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

DrShouldPSATest

- 1 Sí  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L11 en la próxima página**

- L10. En esa conversación, ¿le preguntó el médico si usted quería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

DrWantedPSATest

- 1 Sí  
 2 No



L11. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que algunos expertos están en desacuerdo sobre si los hombres deberían hacerse pruebas APE (PSA en inglés)?

SomeDisagreePSATests

- 1 Sí
- 2 No

L12. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que...

	Sí	No
a. <small>ProstateCa_PSATest</small> La prueba APE no siempre es exacta? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. <small>ProstateCa_SlowGrowing</small> Algunos tipos de cáncer de la próstata tienen crecimiento lento y no necesitan tratamiento?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. <small>ProstateCa_SideEffects</small> El tratamiento para cualquier tipo de cáncer de la próstata puede causar efectos secundarios graves, como problemas al orinar o al tener relaciones sexuales?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**M: Su historial de cáncer**

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

EverHadCancer

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA N1 en la página 22**

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque  en todo lo que le aplique

- 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 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\_OS
- CaOther
- Cancer\_Cat



M3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

*WhenDiagnosedCancer*

			Edad
--	--	--	------

M4. ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para su cáncer?

*UndergoCancerTreatment*

1 Sí

2 No → VAYA A LA PREGUNTA M9 más abajo

M5. ¿Cuál de los siguientes tratamientos para el cáncer ha recibido en el pasado?

	Sí	No
a. <i>CancerTx_Chemo</i> Quimioterapia (intravenosa o pastillas) ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. <i>CancerTx_Radiation</i> Radiación .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. <i>CancerTx_Surgery</i> Cirugía .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. <i>CancerTx_Other</i> Otro.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

M6. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo recibió usted su último tratamiento para el cáncer?

*HowLongFinishTreatment\_Cat*

5 Todavía está recibiendo tratamiento → VAYA A LA PREGUNTA M9 más abajo

1 Hace menos de 1 año

2 Hace 1 año o más pero menos de 5 años

3 Hace 5 años o más pero menos de 10 años

4 10 años o más

M7. ¿Alguna vez recibió de un médico u otro profesional de la salud un resumen escrito de todos los tratamientos para el cáncer que le hicieron?

*CancerTxSummary*

1 Sí

2 No

M8. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de un médico u otro profesional de la salud acerca de dónde debe regresar o a quién debe ver para exámenes rutinarios del cáncer, después de terminar su tratamiento del cáncer?

*CancerCheckups*

1 Sí

2 No

M9. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

*CancerDeniedCoverage*

1 Sí

2 No



M10. Recordando desde la primera vez que le diagnosticaron el cáncer, ¿cuánto han dañado el cáncer y su tratamiento su situación financiera?

CancerHurtFinances

- 1 Nada en absoluto
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho

M11. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

CancerClinicalTrial

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a

M12. ¿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



**Si le han diagnosticado un cáncer alguna vez en su vida, por favor VAYA A LA PREGUNTA N5 en la página siguiente**

## N: Creencias respecto al cáncer

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

N1. ¿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

N2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cáncer en el transcurso de su vida?

CompareChanceGetCancer

- 1 Mucho menos probable
- 2 Menos probable
- 3 Casi igual
- 4 Muy probable
- 5 Mucho más probable





N3. Seleccione la respuesta que mejor represente su opinión sobre la frase: "Siento que sería fácil contraer cáncer alguna vez en mi vida."

*EasilyGetCancer*

- 1 Siento con mucha firmeza que eso NO sucederá
- 2 Siento con cierta firmeza que eso NO sucederá
- 3 Siento que es tan probable que contraiga cáncer como que no lo contraiga
- 4 Siento con cierta firmeza que eso SÍ sucederá
- 5 Siento con mucha firmeza que eso SÍ sucederá

N4. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con la frase?: "Yo prefiero no saber mi probabilidad de contraer cáncer."

*RatherNotKnowChance*

- 1 Muy de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Algo en desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo

N5. ¿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. <i>EverythingCauseCancer</i> Parece que todo causa cáncer .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. <i>PreventNotPossible</i> No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. <i>TooManyRecommendations</i> Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. <i>CancerSlowGrowing</i> Algunos tipos de cáncer tienen un crecimiento lento y no necesitan tratamiento .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. <i>CancerMoreCommon</i> En los adultos, el cáncer es más común que las enfermedades del corazón .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. <i>BreastCancerMoreCommon</i> En las mujeres, el cáncer de seno es más común que el cáncer de pulmón .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

N6. Según usted sabe, ¿quién tiene una probabilidad mayor de tener cáncer - una persona con una probabilidad de 1 en 1,000 o una persona con una probabilidad de 1 en 100?

*WhichRatioCancerChance*

- 2 1 en 1,000 es una probabilidad mayor de contraer cáncer
- 1 1 en 100 es una probabilidad mayor de contraer cáncer

N7. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

*FamilyEverHadCancer*

- 1 Sí
- 2 No
- 4 No estoy seguro/a



## O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted?

Años

O2. ¿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*

O3. ¿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 12 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 Nacional

5 No, nunca presté servicio militar

} VAYA A LA PREGUNTA  
O5 más abajo

O4. 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

O5. ¿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



O6. ¿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

O7. ¿Nació en los Estados Unidos?

- BornInUSA*
- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA O10 más abajo**
  - 2 No

O8. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

*YearCameToUSA*

--	--	--	--

 Año

O9. ¿Cuán bien habla usted inglés?

- SpeakEnglish*
- 1 Muy bien
  - 2 Bien
  - 3 No muy bien
  - 4 Nada en lo absoluto

O10. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a, o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

Escoja  una o más.

- 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*



O11. ¿Cuál es su raza? Una o más categorías pueden ser seleccionadas.

Escoja  una o más.

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

O12. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

*TotalHousehold*

--	--

Número de personas

O13. **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.

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

O14. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

*ChildrenInHH*

--	--

Número de niños menores de 18 años de edad



O15. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

RentOrOwn

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

O16. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

CellPhone

- 1 Sí
- 2 No

O17. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

PhoneInHome

- 1 Sí
- 2 No

O18. 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

O19. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

Deaf

- 1 Sí
- 2 No

O20. ¿Es usted ciego/a o tiene graves dificultades para ver, aunque use lentes?

Blind

- 1 Sí
- 2 No



O21. A causa de una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad severa para concentrarse, para recordar cosas o para tomar decisiones?

*DecisionMaking*

1 Sí

2 No

O22. ¿Tiene usted dificultad severa para caminar o subir las escaleras?

*DifficultyWalking*

1 Sí

2 No

O23. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o para bañarse?

*DifficultyDressing*

1 Sí

2 No

O24. A causa de una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad haciendo cosas por sí mismo/a, tales como ir al médico o ir de compras?

*DifficultyErrands*

1 Sí

2 No

O25. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.

*MailSurveyTime\_Min*

*MailSurveyTime\_Hrs*

--	--

Minutos

--	--

Horas

O26. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque  en todo lo que le aplique

*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 R Us, Mailboxes Etc.)



¡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