

en español



Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



Institutos Nacionales de la Salud
Departamento de Salud y Servicios
Humanos de los Estados Unidos

COMENZAR
AQUI:

AdultsInHH

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

1 Sí

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

MailHHAdults

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

--	--

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

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

--

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

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

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



A: Buscando Información Sobre Salud

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

- 1 Sí
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A6 en la próxima página**

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

Escoja solo una de las siguientes opciones:

- 1 Libros
 2 Folletos, hojas volantes, etc.
 3 Organizaciones 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_OS

WhereSeekHealthInfo_IMP

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

- 1 Sí
 2 No

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

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



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

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
LotOfEffort				
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....	1	2	3	4
Frustrated				
b. Se sintió frustrado buscando información.....	1	2	3	4
ConcernedQuality				
c. Le preocupaba la calidad de la información.....	1	2	3	4
TooHardUnderstand				
d. La información que encontró era difícil de entender....	1	2	3	4

ConfidentGetHealthInf

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

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

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

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
TrustDoctor				
a. Un médico.....	4	3	2	1
TrustFamily				
b. Familia o amigos.....	4	3	2	1
TrustOnlineNews				
c. Periódicos en Internet.....	4	3	2	1
TrustPrintNews				
d. Periódicos impresos.....	4	3	2	1
TrustHealthNews				
e. En revistas médicas especializadas o boletines informativos.....	4	3	2	1
TrustRadio				
f. Radio.....	4	3	2	1
TrustNatTV				
TrustInternet				
g. El Internet.....	4	3	2	1
TrustLocalTV				
h. En noticieros de televisión nacional o por cable.....	4	3	2	1
TrustGov				
i. En noticieros locales de televisión.....	4	3	2	1
TrustGov				
j. Agencias gubernamentales de salud.....	4	3	2	1
TrustCharities				
k. Organizaciones de caridad.....	4	3	2	1
TrustReligiousOrgs				
l. Organizaciones y líderes religiosos.....	4	3	2	1



StrongNeedHealthInfo

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

Escoja sólo 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 El Internet
- 8 Biblioteca
- 9 Revistas
- 10 Periódicos
- 11 Número de información telefónica
- 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- 91 Otro-Especifique →

StrongNeedHealthInfo_OS

StrongNeedHealthInfo_IMP

FamFriendsHealthInfo

A9. ¿Le piden información o consejo sobre temas de la salud sus familiares y amigos?

- 1 Sí
- 2 No

SeekCancerInfo

A10. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- 1 Sí
- 2 No

B: Utilizando el Internet para hallar información

UseInternet

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

- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA B6 en la página 5

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

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

Internet_OtherOS

B4. 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
<i>IntRsn_VisitedSocNet</i>	↓	↓
a. Visitar sitios de una red social, como Facebook o LinkedIn.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_SharedSocNet</i>		
b. Compartir información sobre la salud en un sitio de redes sociales como Facebook o Twitter.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_WroteBlog</i>		
c. Escribir en un diario cibernético o blog (es decir Diario Web).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_SupportGroup</i>		
d. Participar en un foro en línea o grupo de apoyo para personas con problemas de salud o problemas médicos similares.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_YouTube</i>		
e. Ver un video relacionado con la salud en YouTube.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

B5. A veces la gente usa el Internet específicamente por razones relacionadas con la salud.

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

	Sí	No
<i>IntRsn_SelfHealthInfo</i>	↓	↓
a. Buscar información médica o de salud para usted mismo.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_HealthInfoSE</i>		
b. Buscar información médica o de salud para otra persona.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_InfQuitSmoking</i>		
c. Buscar información sobre cómo dejar de fumar.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_BuyMedicine</i>		
d. Comprar medicamentos o vitaminas utilizando Internet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_HCProviderSearch</i>		
e. Buscar un proveedor de salud.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_PDADownload</i>		
f. Descargar información de salud a un dispositivo móvil como un teléfono celular, una tableta computarizada o un libro electrónico.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_TrackedPHR</i>		
g. Mantener un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas o citas médicas futuras.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>IntRsn_TalkDoctor</i>		
h. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarme con un médico o con un consultorio médico.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2



B6. Durante los últimos 12 meses, ¿ha usado usted alguno de los siguientes para intercambiar información médica con un profesional de la salud?

Escoja **todas** las que apliquen.

- E-mail **MedInfo_Email**
 - Mensaje de texto **MedInfo_Text**
 - App en un teléfono inteligente o dispositivo móvil **MedInfo_App**
 - Videoconferencia (por ejemplo Skype, Facetime, etc.) **MedInfo_Video**
 - Medios sociales (por ejemplo Facebook, Google+, CaringBridge, etc.) **MedInfo_SocMed**
 - Fax **MedInfo_Fax**
 - Nada
- MedInfo_None**
MedInfo_Cat

B7. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

Escoja **todas** las que apliquen.

-
- Tableta computarizada como el iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire **HaveDevice_Tablet**
- Teléfono inteligente como el iPhone, Android, Blackberry, o teléfono Windows **HaveDevice_SmartPh**
- Teléfono celular **HaveDevice_CellPh**
- No tengo ninguno de los anteriores **HaveDevice_None**
HaveDevice_Cat

B8. ¿Cuán dispuesto estaría usted a intercambiar los siguientes tipos de información médica con un profesional de la salud mediante su teléfono celular o su tableta computarizada?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. EInfo_ApptRemind Recordatorios de citas.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
b. EInfo_GenHealth Consejos generales de salud.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
c. EInfo_MedRemind Recordatorios de medicamentos.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
d. EInfo_LabResults Resultados de Laboratorio/ Examen médico.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
e. EInfo_Diagnostics Información de diagnóstico (es decir, trastornos médicos o enfermedades).....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
f. EInfo_Vitals Signos vitales (por ej. ritmo cardiaco, presión arterial, nivel de glucosa, etc.).....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
g. EInfo_Lifestyle Conductas de su estilo de vida (por ej. actividad física, ingestión de alimentos, tendencias del sueño, etc.).....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
h. EInfo_Symptoms Síntomas (por ej. náuseas, dolor, mareos, etc.).....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
i. EInfo_Images Imágenes digitales o de video (por ej. fotos de lesiones de la piel).....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1



C: Su cuidado de salud

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

RegularProvider

- 1 Sí
- 2 No

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

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

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

- 1 Sí-Especifique →
- 2 No

HCCoverage_OtherOS

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

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



C5. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que 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 C9 en la próxima página
- 1 1 vez
- 2 2 veces
- 3 3 veces
- 4 4 veces
- 5 5-9 veces
- 6 10 o más veces

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

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?

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

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

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

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

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



C9. 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

D: Tratamiento médico

Las decisiones médicas son elecciones que usted hace con un profesional de la salud, como qué pruebas hacerse, qué medicinas tomar o si hacerse una operación o no.

D1. ¿Cuándo fue la última vez que usted tomó una decision médica? **LastMedicalDecision**

- 1 Dentro de los últimos 12 meses
- 2 Hace más de 12 meses
- 3 Nunca he tomado una decisión médica → **VAYA A D3 en la próxima página**

D2. Además de su principal profesional del cuidado de la salud, ¿cuál de las siguientes personas tuvo un papel importante en su última decisión médica?

Escoja **todas** las que apliquen.

- 1 Cónyuge o pareja **Decision_Spouse**
- 1 Padre o madre **Decision_Parent**
- 1 Hijo o hija **Decision_Child**
- 1 Otro familiar **Decision_OthFam**
- 1 Amigo o compañero de trabajo **Decision_Friend**
- 1 Algún profesional de la salud **Decision_HCP**
- 1 Nadie tuvo un papel importante en mi decisión **Decision_None**
- 1 Otro-Especifique →

Decision_OtherOS

Decision_Other
Decision_Cat



D3. En general, ¿con qué frecuencia hace cada uno de los siguientes?

		Siempre	Por lo general	A veces	Nunca
a.	HowOften_ListQuestions Llevar a su visita médica una lista de preguntas o preocupaciones que desea cubrir.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b.	HowOften_ListMeds Llevar una lista de todas sus medicinas recetadas a las				
c.	HowOften_AskExplain visitas a su médico..... Pedir a su médico que le explique con detalle una prueba, tratamiento o procedimiento.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d.	HowOften_ReadRxInfo Leer información acerca de una medicina recetada nueva, como sus efectos secundarios y precauciones.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e.	HowOften_ResearchAfter Hacer su propia investigación acerca de un tema de salud				
f.	HowOften_TakeInfo o la medicina después de ver a su médico..... Llevar a su visita médica cualquier información de salud que haya encontrado.....	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

E: Registros Médicos

E1. 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

E2. Por favor indique qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted:

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

E3. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente frase?

Los científicos que hacen investigación debieran poder ver la información médica sobre mí si la información no se puede relacionar conmigo personalmente.

ResearchUnlinkedInfo

- 1 Muy de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo Muy
- 4 en desacuerdo



F: La Genética e Historial Familiar

F1. 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? **HadGeneticTest**

- 1 Sí
 2 No → VAYA A LA PREGUNTA F3 más abajo

F2. ¿De cuál de las siguientes fuentes ha leído o escuchado algo acerca de las pruebas genéticas?

Escoja **todas** las que apliquen.

- Periódico **TestSource_Ppr**
 Revista **TestSource_Mag**
 Radio **TestSource_Radio**
 Profesional de la salud **TestSource_HealthPro**
 Miembro de la familia **TestSource_Family**
 Las redes sociales **TestSource_SocMed**
 Televisión **TestSource_TV**
 Internet **TestSource_Www**
 Otro **TestSource_Other**
 No he oído de esas pruebas **TestSource_NotHeard**
 No estoy seguro/a
TestSource_NotSure TestSource_Cat

F3. ¿Le han hecho alguna vez alguno de los siguientes tipos de pruebas genéticas?

Escoja **todas** las que apliquen.

- Prueba de paternidad:** para determinar si un varón es el padre de un niño/a. **HadTest_Paternity**
 Prueba de ascendencia: para determinar el historial o el origen geográfico o étnico de los antepasados de una persona. **HadTest_Ancestry**
 Identificación mediante el análisis del ADN: para distinguir entre personas o para emparejar individuos usando pelo, sangre u otro material biológico. **HadTest_DNAFing**
 Prueba de portador de fibrosis cística (CF por sus siglas en inglés): para determinar si una persona corre el riesgo de tener hijos con fibrosis cística. **HadTest_CFCarrier**
 Prueba BRCA ½: para determinar si una persona tiene una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar cáncer del seno o de los ovarios. **HadTest_BRCA**
 Prueba del síndrome de Lynch: para determinar si una persona tiene una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar cáncer de colon. **HadTest_Lynch**
 Ninguna de las anteriores **HadTest_None**
 No estoy seguro/a **HadTest_Notsure**
 Otra-Especifique →
HadTest_NeverHad
 Nunca me han hecho una prueba genética → VAYA A LA PREGUNTA F5 en la próxima página
HadTest_Cat



F4. Si le hicieron una prueba genética, ¿con quién compartió personalmente los resultados?

Escoja **todas** las que apliquen.

- Profesional de la salud **SharedRes_HealthPro**
- Miembro de la familia **SharedRes_Family**
- Amigo **SharedRes_Friend**
- Otro **SharedRes_Other**
- No tuve este tipo de prueba **SharedRes_NotHad**
- No comuniqué los resultados **SharedRes_NotShared**
SharedRes_Cat

FamilyHealthHistory

F5. ¿Cuán importante es conocer el historial médico de su familia para su propia salud?

- 1 Muy importante
- 2 Moderadamente importante
- 3 Algo importante
- 4 Nada importante

G: Investigación médica

G1. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente frase?

La investigación médica ofrece información que las personas necesitan para tomar decisiones médicas. **ResearchInfoDecisions**

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

G2. Cada vez, más y más personas están participando en la investigación de nuevas maneras que van más allá del ser un objeto de investigación. Ellas están colaborando con investigadores médicos para ayudar a decidir qué tipo de investigación se hace y cómo se hace. Por ejemplo, las personas pueden sugerir temas importantes para estudiar o cómo comunicar los resultados al público. Esto a veces se llama "participación de los pacientes" en la investigación.

	Sí ▼	No ▼	No estoy seguro/a ▼
a. PTEngage_HeardOf ¿Alguna vez ha oído acerca de la "participación de los pacientes" en la investigación médica?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. PTEngage_EverEngaged ¿Ha participado alguna vez en una investigación médica de esta manera?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. PTEngage_Interested ¿Estaría interesado alguna vez en participar en la investigación de esta manera?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3



H: Su Salud, Nutrición y Actividad Física

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

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

OwnAbilityTakeCareHealth

H2. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para tomar buen cuidado de su salud?

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

H3. En los últimos 30 días, ¿con cuánta frecuencia se ha sentido...

	Todo el tiempo ↓	La mayoría de tiempo ↓	Parte del tiempo ↓	Una pequeña parte del tiempo ↓	Ninguna parte del tiempo ↓
a. FeltHappy Feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. FeltAngry Enojado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. FeltAnxious Ansioso?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. FeltHopeful Esperanzado?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. FeltSad Triste?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

H4. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada una de las frases siguientes?

	Muy de acuerdo ↓	Algo de acuerdo ↓	Algo en desacuerdo ↓	Muy en desacuerdo ↓
a. Threatened_Strengths Cuando me siento amenazado/a o ansioso/a, me encuentro pensando en mis fortalezas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Threatened_Values Cuando me siento amenazado/a o ansioso/a, me encuentro pensando en mis valores.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Optimistic Siempre soy optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



H5. 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

H6. ¿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 | - 2 ciruelas grandes |
| - 1 banano grande | - 32 uvas sin semilla |
| - 1 naranja grande | - 1 taza (8oz) de jugo de fruta |
| - 8 fresas grandes | - ½ taza de fruta seca |
| - 1 pera mediana | - 1 rebanada de sandía |

H7. ¿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 papa mediana |
| - 1 taza de hojas verdes cocinadas | - 1 batata (camote) grande |
| - 2 tazas de lechuga u hojas verdes crudas | - 1 mazorca grande de maíz |
| - 12 zanahorias pequeñas | - 1 tomate grande crudo |
| | - 2 tallos de apio grandes |
| | - 1 taza de frijoles cocidos |

H8. 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



H9. 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 H11**

- 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

H10. 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 el número de minutos y horas usando las casillas.

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

HowLongModerateExerciseMn, HowLongModerateExerciseHr

H11. 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

H12. 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*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas por día
----------------------	----------------------	---------------

H13. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

<input type="text"/>	Pies	y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pulgadas
----------------------	------	---	----------------------	----------------------	----------

Height_Feet, Height_Inches



H14. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos? **Weight**

--	--	--

Libras

H15. ¿Cuánto duerme usted típicamente...

- SleepWorkdayHr, SleepWorkdayMn**
 a. En un día de semana (por ej. un día laborable o escolar)?.....
- SleepWeekendHr, SleepWeekendMn**
 b. En un fin de semana (por ej. un día no laborable o no escolar)?.....

Horas	Minutos				
<table border="1"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> </table>		
<table border="1"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> </table>			<table border="1"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> </table>		

H16. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado una cama de bronceado o cabina de bronceado? **TanningBed**

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

H17. Cuando está afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con cuanta frecuencia...

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Siempre
LongPants a. Lleva pantalones largos?.....	5	4	3	2	1
Hat b. Lleva un sombrero que le da sombra en la cara, las orejas y el cuello?.....	5	4	3	2	1
ShoulderSleeveShirt c. Lleva una camisa con mangas que cubran los hombros?.....	5	4	3	2	1
Shade d. Permanece a la sombra o bajo una sombrilla?.....	5	4	3	2	1
Sunscreen e. Usa protección solar?.....	5	4	3	2	1



I: Productos de tabaco

11. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? *Smoke100*

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA I7 en la próxima página**

12. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora? *SmokeNow*

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA I6**

13. En promedio, cuando fumó en los últimos 30 días, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos fumó cada día? *SmokeDay_Cat*

- 1 1-10
- 2 11-19
- 3 20
- 4 21-39
- 5 40+

14. 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

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

- 1 Sí
- 2 No



If you've been diagnosed with cancer at any time in your life, please GO TO N5 on the next page.
VAYA A LA PREGUNTA I7 en la próxima página

WhenQuitSmoke

16. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que usted dejó de fumar cigarrillos completamente?

- 1 Menos de 1 mes
- 2 De 1 mes a menos de 3 meses
- 3 De 3 meses a menos de 6 meses
- 4 De 6 meses a menos de 1 año
- 5 De 1 año a menos de 5 años
- 6 De 5 años a menos de 15 años
- 7 15 años o más



17. 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?
18. Una pipa hookah (o shisha) es una pipa grande de agua. La gente fuma tabaco con cachimbas en grupos en los cafés o bares. En comparación con los cigarrillos, ¿diría usted que el consumo de tabaco con una pipa de agua es... [HookahLessHarm](#)
- 1 Mucho menos perjudicial?
 - 2 Menos perjudicial?
 - 3 Igual de dañino?
 - 4 Más dañino?
 - 5 Mucho más dañino?
 - 6 Nunca he oído hablar de la cachimba (hookah)?
19. ¿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
110. ¿Qué tanto cree usted que el dejar de fumar cigarrillos ayudará a reducir los efectos perjudiciales del fumar? [QuittingReduceHarm](#)
- 4 Nada en absoluto
 - 3 Un poco
 - 2 Algo
 - 1 Mucho



I11. ¿Cuánto cree usted que cada una de los siguientes puede ayudar a un fumador actual a reducir los efectos nocivos del tabaco, si la persona sigue fumando?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
<i>SmokerReduce_Exercise</i>				
a. Ejercicio.....	4	3	2	1
<i>SmokerReduce_FruitVeg</i>				
b. Comer frutas y verduras.....	4	3	2	1
<i>SmokerReduce_Vitamins</i>				
c. Tomar vitaminas.....	4	3	2	1
<i>SmokerReduce_Sleep</i>				
d. Dormir al menos 8 horas cada noche.....	4	3	2	1

I12. ¿Cuál afirmación describe mejor las reglas sobre fumar dentro de su casa?

SmokeHome

- 1 No se permite fumar en ningún lugar dentro de su casa
- 2 Se permite fumar en algunos lugares y en algunas ocasiones
- 3 Se permite fumar en cualquier lugar dentro de su casa
- 4 No hay ninguna regla acerca de fumar dentro de su casa

J: Las mujeres y el cáncer

J1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino? *GenderC*

- 1 Masculino → VAYA A LA PREGUNTA K1 en la próxima página
- 2 Femenino

J2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou? *DrTalkPapTest*

- 1 Sí
- 2 No

J3. ¿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



J4. Una mamografía es una radiografía de cada seno para detectar el cáncer. Durante los últimos 12 meses, ¿le aconsejó a usted un doctor, una enfermera, u otro profesional de la salud que se hiciera una mamografía?

DoctorAdviseMammogram

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy segura

J5. ¿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

J6. ¿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

K: Exploración del cáncer

K1. Hay una vacuna para prevenir la infección de VPH llamada vacuna contra el cáncer cervical o inyección VPH.

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

- 1 Sí
- 2 No

K2. ¿Ha oído hablar alguna vez del VPH? Las iniciales VPH significan Virus del Papiloma Humano. Esto no es SIDA, HSV, o herpes. HeardHPV

- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA K6 en la próxima página

K3. ¿Cree usted que el VPH puede causar cáncer cervical? HPVCauseCancer

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a



K4. ¿Cree usted que el VPH es una enfermedad que se transmite por contacto sexual?

HPVSTD

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a

K5. ¿Cree usted que el VPH frecuentemente desaparece por sí solo sin tratamiento?

HPVGoAway

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro/a

K6. 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

[EverHadColCaTest](#)

K7. ¿Alguna vez le han hecho uno de estos exámenes para detectar el cáncer de colon?

- 1 Sí
- 2 No



Hombres: continúe a la pregunta K8
Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA L1
en pagina 22.

K8. 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. [EverHadPSATest](#)

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

- 1 Sí
- 2 No



K9. ¿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 K11 más abajo

K10. En esa conversación, ¿le preguntó el médico si usted quería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)? *DrWantedPSATest*

- 1 Sí
- 2 No

K11. ¿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

K12. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que...

	Sí	No
<i>ProstateCa_PSATest</i> a. La prueba APE no siempre es exacta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>ProstateCa_SlowGrowing</i> b. Algunos tipos de cáncer de la próstata tienen crecimiento lento y no necesitan tratamiento?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>ProstateCa_SideEffects</i> c. 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



L: Su historial de cáncer

L1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez? **EverHadCancer**

1 Sí

2 No → VAYA A LA PREGUNTA L4 más abajo

L2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

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

Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino) **CaCervical**

Cáncer de colon **CaColon**

Cáncer de estómago **CaStomach**

Cáncer de la cabeza y del cuello **CaHeadNeck**

Cáncer de la faringe (garganta) **CaPharyngeal**

Cáncer de la piel, no Melanoma **CaSkin**

Cáncer de los huesos **CaBone**

Cáncer de próstata **CaProstate**

Cáncer de seno **CaBreast**

Cáncer del vejiga **CaBladder**

Cáncer del hígado **CaLiver**

Cáncer del pulmón **CaLung**

Cáncer endometrial (cáncer del útero) **CaEndometrial**

Cáncer oral **CaOral**

Cáncer ovárico **CaOvarian**

Cáncer pancreático **CaPancreatic**

Cáncer rectal **CaRectal**

Cáncer renal (riñón) **CaRenal**

Leucemia (cáncer de la sangre) **CaLeukemia**

Linfoma de Hodgkin **CaHodgkins**

Linfoma no de Hodgkin **CaNonHodgkin**

Melanoma **CaMelanoma**

Otro-Especifique →

CaOther, CaOther_OS

Cancer_Cat

L3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer? **WhenDiagnosedCancer**

Edad

L4. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia? **FamilyEverHadCancer**

1 Sí

2 No

4 No estoy seguro/a





If you have been diagnosed with cancer at any time in your life, please skip this page and go to page M5 on the next page.

Si ha sido diagnosticado con cáncer en algún momento de su vida, por favor VAYA A M5 en página 24.

M: Creencias respecto al cáncer

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

ChanceGetCancer

M1. ¿Qué probabilidad tiene usted de que se le desarrolle cáncer en el transcurso de su vida?

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

M2. 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 Más probable
- 5 Mucho más probable

M3. 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

M4. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer? *FreqWorryCancer*

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



M5. ¿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
<i>EverythingCauseCancer</i>				
a. Parece que todo causa cáncer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>PreventNotPossible</i>				
b. 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
<i>TooManyRecommendations</i>				
c. 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
<i>CancerMoreCommon</i>				
d. 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
<i>CancerFatal</i>				
e. Cuando pienso sobre el cáncer, automáticamente pienso en la muerte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

M6. ¿Qué probabilidades hay de que contraiga enfermedad cardíaca en su vida?

- LikelyHeartDisease*
- 6 Tengo enfermedad cardíaca
 - 1 Muy improbable
 - 2 Improbable
 - 3 Ni probable ni improbable
 - 4 Probable
 - 5 Muy probable



N: Uso de la Información en la Etiqueta de Alimentos

Información Nutricional	
Tamaño de la porción	1/2 taza
Porciones por envase	4
Cantidad por porción	
Calorías 250	Cal Grasa 120
	% DV*
Grasa Total 13g	20%
Grasas Sat 9g	40%
Colesterol 28mg	12%
Sodio 55mg	2%
Total Carbohidratos 30g	12%
Fibras Dietéticas 2g	
Azúcares 23g	
Proteína 4g	8%

* Porcentaje de Valores Diarios (DV) se basan en una dieta de 2.000 calorías. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.

Ingredientes: Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Cacahuete (Mani), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.

La etiqueta de alimentos arriba se encuentra en la parte posterior de una pinta de helado. Nos gustaría saber cuán fácil es utilizar esta información. Use esta etiqueta de alimentos para responder las preguntas N1-N4.

FoodLabel_EatEntire, FoodLabel_EatEntire_Edited

N1. Si se come todo el contenido, ¿cuántas calorías consumiría usted?

_____ Calorías

FoodLabel_Cups, FoodLabel_Cups_Edited, FoodLabel_Servings, FoodLabel_Servings_Edited

N2. Si le permitieran comer 60g de carbohidratos como snack, ¿cuánto helado podría comer?

Responda con un número en una de las dos líneas siguientes

_____ Taza (s) o _____ Porción (es)

FoodLabel_SatFat, FoodLabel_SatFat_Edited

N3. Su médico le aconseja que reduzca la cantidad de grasa saturada en su dieta. Usted habitualmente consume 42g de grasa saturada cada día, incluyendo 1 porción de helado. Si dejara de comer helado, ¿cuántos gramos de grasa saturada consumiría cada día?

_____ Gramos

FoodLabel_PercentOneServ, FoodLabel_PercentOneServ_Edited

N4. Si habitualmente consume 2.500 calorías cada día, ¿qué porcentaje de su cantidad diaria de calorías estaría consumiendo si comiera una porción?

_____ Por ciento



O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted? *Age*

--	--	--	--

 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*
- 7 Otro-Especifique →
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 O9 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**
Hisp_Cat



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	SelfAge	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/> SelfMOB
Adulto 2 <i>HHAdultGender2</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	HHAdultAge2	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/> HHAdultMOB2
Adulto 3 <i>HHAdultGender3</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	HHAdultAge3	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/> HHAdultMOB3
Adulto 4 <i>HHAdultGender4</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	HHAdultAge4	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/> HHAdultMOB4
Adulto 5 <i>HHAdultGender5</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	HHAdultAge5	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/> HHAdultMOB5



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 y horas usando las casillas.

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

MailSurveyTime_Min, MailSurveyTime_Hrs

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

Escoja todas las que apliquen.

- 1 El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio **TypeOfAddressA**
- 1 Una dirección con un número de ruta rural **TypeOfAddressB**
- 1 Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box) **TypeOfAddressC**
- 1 Una casilla postal de un establecimiento comercial (como Mailboxes R Us, Mail Boxes Etc®) **TypeOfAddressD**



¡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

