

**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

*WhereSeekHealthInfo*

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

**Escoja  sólo 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
a. <i>LotOfEffort</i> Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....	1	2	3	4
b. <i>Frustrated</i> Se sintió frustrado buscando información.....	1	2	3	4
c. <i>ConcernedQuality</i> Le preocupaba la calidad de la información.....	1	2	3	4
d. <i>TooHardUnderstand</i> La información que encontró era difícil de entender....	1	2	3	4

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

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

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

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



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

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*

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

- 1 Sí
- 2 No

A10. 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

**B: Utilizando el Internet para hallar información**

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

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en la página 5**



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

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



## 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. <span style="color: red;">ChanceAskQuestions</span> ¿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. <span style="color: red;">FeelingsAddressed</span> ¿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. <span style="color: red;">InvolvedDecisions</span> ¿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. <span style="color: red;">UnderstoodNextSteps</span> ¿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. <span style="color: red;">ExplainedClearly</span> ¿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. <span style="color: red;">SpentEnoughTime</span> ¿Le dedicaron suficiente tiempo?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. <span style="color: red;">HelpUncertainty</span> ¿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: Registros 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:

	<b>Muy importante</b>	<b>Algo importante</b>	<b>Nada importante</b>
a. <a href="#">ShareEMR</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. <a href="#">AccessPHR</a> Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

## E: Su Salud, Nutrición y Actividad Física

E1. En general, ¿diría usted que su salud es... [GeneralHealth](#)

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

[OwnAbilityTakeCareHealth](#)

E2. 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



E3. 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

E4. ¿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          |

E5. ¿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 |

E6. 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



E7. 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 E9** más abajo

1 1 día por semana

2 2 días por semana

3 3 días por semana

4 4 días por semana

5 5 días por semana

6 6 días por semana

7 7 días por semana

E8. 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 u horas usando las casillas.**

--	--

Minutos

--	--

Horas

*HowLongModerateExerciseMn, HowLongModerateExerciseHr*

E9. 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

E10. 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."

--	--

Horas por día

*AverageDailyTVGames*

E11. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

--

Pies

y

--	--

Pulgadas

*Height\_Feet*

*Height\_Inches*



E12. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos? *Weight*

--	--	--

 Libras

E13. ¿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	

E14. ¿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

## F: Productos de tabaco

F1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? *Smoke100*

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA G1 en la próxima página**

F2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora? *SmokeNow*

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



## G: Las mujeres y el cáncer

G1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino? *GenderC*

1 Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA H1 en la próxima página**

2 Femenino

G2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou? *DrTalkPapTest*

1 Sí

2 No

G3. ¿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

G4. 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

G5. ¿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

G6. ¿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



## H: Exploración del cáncer

H1. 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

H2. ¿Alguna vez le han hecho uno de estos exámenes para detectar el cáncer de colon?

EverHadColCaTest

- 1 Sí  
 2 No



**Hombres: continúe a la pregunta H3**  
**Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA I1**  
**en la próxima página**

H3. 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

H4. ¿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 H6 más abajo

H5. En esa conversación, ¿le preguntó el médico si usted quería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)? DrWantedPSATest

- 1 Sí  
 2 No

H6. ¿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



## I: Su historial de cáncer

I1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez? *EverHadCancer*

- 1 Sí  
 2 No → VAYA A LA PREGUNTA I4 más abajo

I2. ¿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 →

*Cancer\_Cat*

I3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer? *WhenDiagnosedCancer*

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

I4. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia? *FamilyEverHadCancer*

- 1 Sí  
 2 No  
 4 No estoy seguro/a



**Si ha sido diagnosticado con cáncer alguna vez en su vida, por favor VAYA A J4 en la próxima página**



## J: Creencias respecto al cáncer

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

*ChanceGetCancer*

J1. ¿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

J2. 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

J3. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer? *FreqWorryCancer*

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

J4. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<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



## K: Usted y su hogar

K1. ¿Qué edad tiene usted? *Age*

--	--	--

 Años

K2. ¿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 → *OtherOcc*  
*MultiOcc*

OccupationStatus\_OS

K3. ¿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  
K5 más abajo

K4. 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

K5. ¿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



K6. ¿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

K7. ¿Nació en los Estados Unidos? **BornInUSA**

- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA K9 más abajo**
- 2 No



K8. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos? **YearCameToUSA**

--	--	--	--

 Año

K9. ¿Cuán bien habla usted inglés? **SpeakEnglish**

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

K10. ¿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**



K11. ¿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*

K12. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar? *TotalHousehold*

--	--

Número de personas

K13. **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)
<i>SelfGender</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
<i>HHAdultGender2</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge2</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
<i>HHAdultGender3</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge3</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
<i>HHAdultGender4</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge4</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
<i>HHAdultGender5</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge5</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		

K14. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar? *ChildrenInHH*

--	--

Número de niños menores de 18 años de edad



K15. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa? **RentOrOwn**

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

K16. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- CellPhone**
- 1 Sí
  - 2 No

K17. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular? **PhoneInHome**

- 1 Sí
- 2 No

K18. 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

K19. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

- Deaf**
- 1 Sí
  - 2 No

K20. ¿Es usted ciego/a o tiene graves dificultades para ver, aunque use lentes?

- Blind**
- 1 Sí
  - 2 No



K21. 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

K22. ¿Tiene usted dificultad severa para caminar o subir las escaleras? *DifficultyWalking*

- 1 Sí
- 2 No

K23. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o para bañarse? *DifficultyDressing*

- 1 Sí
- 2 No

K24. 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

K25. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

**Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.**

		Minutos			Horas
--	--	---------	--	--	-------

*MailSurveyTime\_Min, MailSurveyTime\_Hrs*

K26. ¿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

