

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:**

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

- 1 Sí AdultsInHH
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

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

MailHHAdults

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

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

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

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

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



A: Buscar información acerca de la salud

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

- 1 Sí SeekHealthInfo
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

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

WhereSeekHealthInfo

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 Internet
- 8 Biblioteca
- 9 Revistas
- 10 Periódicos
- 11 Número de información telefónica
- 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

A3. 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



A4. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- 1 Sí *SeekCancerInfo*
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A6** más abajo

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

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	↓	↓	↓	↓
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba <i>CancerLotOfEffort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Se sintió frustrado buscando información..... <i>CancerFrustrated</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Le preocupaba la calidad de la información..... <i>CancerConcernedQuality</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. La información que encontró era difícil de entender..... <i>CancerTooHardUnderstand</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

A6. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información del cáncer si lo necesita? *CancerConfidentGetHealthInf*

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

A7. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de cáncer del cada una de las siguientes fuentes?

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

- 1 Sí UseInternet
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA B4 más abajo**

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

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

B3. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información del cáncer para usted?

- 1 Sí InternetCancerInfoSelf
 2 No

B4. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

Escoja todas las que apliquen.

- | | | |
|----------------------------|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Tableta computarizada como el iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire | HaveDevice_Tablet |
| <input type="checkbox"/> 1 | Teléfono inteligente como el iPhone, Android, Blackberry, o teléfono Windows | HaveDevice_SmartPh |
| <input type="checkbox"/> 1 | Teléfono celular básico solamente | HaveDevice_CellPh |
| <input type="checkbox"/> 1 | No tengo ninguno de los anteriores | HaveDevice_None |
- } **VAYA A B7 en la próxima página**
- HaveDevice_Cat

B5. ¿Tiene usted algunas aplicaciones de software o "apps" relacionadas con la salud en su tableta o smartphone? TabletSmartPh_HealthApps

- 1 Sí
 2 No
 3 No sé
- } **VAYA A LA B7 en la próxima página**

B6. ¿Han hecho algunas de las siguientes cosas relacionadas con la salud las apps de su smartphone o tableta?

	Sí	No
a. Alcanzar una meta relacionada con la salud, como dejar de fumar, perder peso o aumentar su actividad física..... HealthApps_AchieveGoal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición..... HealthApps_MakeDecision	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Hacerle preguntas nuevas a un médico o a buscar una segunda opinión de otro médico..... HealthApps_NewQuestions	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2



B7. 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*

B8. ¿Cuánto interés tiene usted en intercambiar electrónicamente los siguientes tipos de información médica con un proveedor de servicios de salud?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Recordatorios de citas..... <i>InterestedEInfo_ApptRemind</i>	4	3	2	1
b. Consejos generales de salud..... <i>InterestedEInfo_GenHealth</i>	4	3	2	1
c. Recordatorios de medicamentos..... <i>InterestedEInfo_MedRemind</i>	4	3	2	1
d. Resultados de Laboratorio/Examen médico..... <i>InterestedEInfo_LabResults</i>	4	3	2	1
e. Información de diagnóstico (es decir, trastornos médicos o enfermedades)..... <i>InterestedEInfo_Diagnostics</i>	4	3	2	1
f. Signos vitales (por ej. ritmo cardíaco, presión arterial, nivel de glucosa, etc.)..... <i>InterestedEInfo_Vitals</i>	4	3	2	1
g. Conductas de su estilo de vida (por ej. actividad física, ingestión de alimentos, tendencias del sueño, etc.)..... <i>InterestedEInfo_Lifestyle</i>	4	3	2	1
h. Síntomas (por ej. náuseas, dolor, mareos, etc.)..... <i>InterestedEInfo_Symptoms</i>	4	3	2	1
i. Imágenes digitales o de video (por ej. fotos de lesiones de la piel)... <i>InterestedEInfo_Images</i>	4	3	2	1

C: El cuidado de su salud

C1. ¿Sin incluir siquiatras 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?

- Sí *RegularProvider*
- 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?

- Sí *HealthInsurance*
- No



C3. Desde octubre del 2013, ¿ha tratado de obtener un seguro de salud para usted mismo a través de la nueva ley federal de cuidado de salud (por ejemplo, de healthcare.gov o un sitio web del estado)?

GetHealthInsurance

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

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

MostRecentCheckup

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

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

FreqGoProvider

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

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

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?

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



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

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?

- 1 Sí *ProviderMaintainEMR*
- 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..... <i>ShareEMR</i>	1	2	3
b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente..... <i>AccessPHR</i>	1	2	3

D3. ¿Qué seguridad siente usted de que exista protección (incluyendo el uso de tecnología) para proteger su historial médico de ser visto por personas que no estén permitidas para hacerlo?

Tener seguridad de protección (incluyendo el uso de tecnología) tiene que ver con la seguridad de su historial clínico. *ConfidentInfoSafe*

- 1 Mucha seguridad
- 2 Algo de seguridad
- 3 Ninguna seguridad



D4. ¿Qué seguridad siente de que usted tiene voz y voto en relación a quién puede recolectar, usar y compartir su información médica?

Tener voz y voto en quién puede recolectar, usar y compartir su información médica, tiene que ver con la privacidad de su historial clínico.

ConfidentControlInfo

- 1 Mucha seguridad
- 2 Algo de seguridad
- 3 Ninguna seguridad

D5. ¿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

D6. Si su información médica se envía por fax de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea?

FaxedInfoSafe

- 1 Me preocupa mucho
- 2 Me preocupa algo
- 3 No me preocupa

D7. Si su información médica se envía electrónicamente de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea?

Electrónicamente significa de computadora a computadora en lugar de usar el teléfono, correo o una máquina de fax.

ElectInfoSafe

- 1 Me preocupa mucho
- 2 Me preocupa algo
- 3 No me preocupa

D8. ¿Le ha ofrecido alguna de las siguientes organizaciones un acceso por Internet a su información de salud personal mediante un sitio web o una aplicación (app) protegida?

Sí No

- | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Proveedor de servicios de salud..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| OfferedAccessHCP | | |
| b. Seguro de salud..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| OfferedAccessInsurer | | |



E: Investigación médica

E1. ¿Alguna vez ha participado en un estudio de investigación médica donde recibió uno de dos tratamientos tal como medicamentos o procedimientos quirúrgicos?

- 1 Sí MedicalResearchStudy
 2 No

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?

- 1 Sí HeardGeneticTest
 2 No

F: Su salud en general

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

- 1 Excelente, GeneralHealth
 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?

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

F3. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y Pulgadas
Height_Feet Height_Inches

F4. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Weight
Libras



F5. 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

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

G2. ¿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

G3. ¿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



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 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

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 el número de minutos u horas usando las casillas.

Minutos Horas

HowLongModerateExerciseMn

HowLongModerateExerciseHr

H3. 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

H4. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado una cama de bronceado o cabina de bronceado? *TanningBed*

0 veces

1 a 2 veces

2 3 a 10 veces

3 11 a 24 veces

4 25 o más veces

H5. Si se encuentra afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia usa protector solar? *Sunscreen*

1 Siempre

2 A menudo

3 Algunas veces

4 Muy pocas veces

5 Nunca

99 No salgo fuera en días soleados



I: Productos de tabaco

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

- 1 Sí Smoke100
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA I3 más abajo**

12. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- 1 Todos los días SmokeNow
 2 Algunos días
 3 Nunca

13. 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

14. 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...

- 1 Mucho menos perjudicial HookahLessHarm
 2 Menos perjudicial
 3 Igual de dañino
 4 Más dañino
 5 Mucho más dañino
 6 Nunca he oído hablar de la cachimba (Hookah)

15. ¿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



16. ¿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
a. Ejercicio..... <i>SmokerReduce_Exercise</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
b. Comer frutas y verduras..... <i>SmokerReduce_FruitVeg</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
c. Tomar vitaminas..... <i>SmokerReduce_Vitamins</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
d. Dormir al menos 8 horas cada noche..... <i>SmokerReduce_Sleep</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

J: Las mujeres y el cáncer

J1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

1 Masculino → *GenderC* **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.

¿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

J5. ¿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. ¿Ha oído hablar alguna vez del VPH? Las iniciales VPH significan Virus del Papiloma Humano. Esto no es SIDA, HSV, o herpes.

- 1 Sí HeardHPV
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA K5 más abajo**

K2. ¿Cree usted que el VPH puede causar...

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. cáncer cervical?..... HPVCauseCancer_Cervical	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. cáncer del pene?..... HPVCauseCancer_Penile	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. cáncer anal?..... HPVCauseCancer_Anal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. cáncer oral?..... HPVCauseCancer_Oral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

K3. ¿Cree usted que el VPH es una enfermedad que se transmite por contacto sexual?

- 1 Sí HPVSTD
 2 No
 3 No estoy seguro/a

K4. ¿Cree usted que el VPH necesita tratamiento médico o que normalmente desaparece por sí solo sin ningún tratamiento? HPVMedicalTreatment

- 1 Requiere tratamiento médico
 2 Normalmente desaparece por sí solo

K5. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV en inglés) que se llama inyección VPH (HPV en inglés), vacuna contra el cáncer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

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

- 1 Sí HeardHPVVaccine2
 2 No



K6. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que hay diferentes pruebas, como la colonoscopia, la sigmoidoscopia, o las pruebas de sangre en las heces, para detectar el cáncer colorectal?

- 1 Sí DrTalkDiffColCaTests
- 2 No
- 3 Nunca he hablado de estas pruebas con un médico



Hombres: continúe a la pregunta K7
Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA K9 más abajo

K7. 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?

- 1 Sí EverHadPSATest
- 2 No

K8. ¿Alguna vez un médico ha hablado con usted acerca de si debería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

- 1 Sí DrShouldPSATest
- 2 No

K9. Indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación: "Si las opiniones de los expertos estuvieran en conflicto acerca de un examen o tratamiento médico, yo todavía estaría dispuesto a probarlo."

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

K10. Hasta donde usted sepa, ¿cuáles de las siguientes frases son ciertas o falsas acerca de las pruebas o exámenes médicos que buscan detectar indicios de cáncer, como las colonoscopias, mamografías y pruebas de Papanicolaou?

	Cierto ▼	Falso ▼	No sé ▼
a. Estas pruebas definitivamente pueden indicar si una persona tiene cáncer..... MedTests_DefiniteCancer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Cuando una prueba detecta algo anormal, se necesitan más pruebas para saber si es cáncer..... MedTests_MoreTests	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Cuando una prueba detecta algo anormal, es muy probable que sea cáncer..... MedTests_LikelyCancer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Los daños de estas pruebas y exámenes a veces sobrepasan los beneficios.... MedTests_HarmsOutweigh	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3



L: Su historial de cáncer

L1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- 1 Sí EverHadCancer
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA M1 en la página 18**

L2. ¿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, CaOther_OS

Cancer_Cat

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

			Edad WhenDiagnosedCancer
--	--	--	---

L4. ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para su cáncer?

- 1 Sí `UndergoCancerTreatment`
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L6 más abajo**

L5. ¿Aproximadamente hace cuánto tiempo recibió usted su último tratamiento para el cáncer?

- 5 Todavía está recibiendo tratamiento `HowLongFinishTreatment_Cat`
- 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

L6. Desde el momento en que le diagnosticaron un cáncer por primera vez, ¿le ha hablado un médico u otro proveedor de servicios de salud sobre el impacto del cáncer o su tratamiento en su capacidad para trabajar? `CancerAbilityToWork`

- 1 Lo hablaron conmigo en detalle
- 2 Lo hablaron conmigo brevemente
- 3 No hablaron de eso en absoluto
- 4 No me acuerdo
- 5 No he trabajado por dinero en ningún empleo o negocio desde que me diagnosticaron el cáncer



M: Creencias respecto al cáncer

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

M1. ¿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

M2. ¿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. Parece que todo causa cáncer.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
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
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

M3. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

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

M4. Suponga que usted ha sido diagnosticado con un cáncer que tiene una probabilidad baja de supervivencia y las opciones de tratamiento son limitadas. ¿Qué participación preferiría usted tener en la decisión sobre el tratamiento que usted recibiría para el cáncer?

CancerTreatmentDecisionLow

Escoja sólo una de las siguientes opciones.

- 1 Prefiero tomar la decisión con poca o ninguna participación de mi médico.
- 2 Prefiero tomar la decisión después de considerar seriamente la opinión de mi médico.
- 3 Prefiero que mi médico y yo juntos compartamos la responsabilidad de la decisión.
- 4 Prefiero que mi médico tome la decisión después de considerar seriamente mi opinión.
- 5 Prefiero dejar todas las decisiones sobre mi tratamiento a mi médico.

M5. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

- FamilyEverHadCancer
- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No estoy seguro/a



N: Usted y su hogar

N1. ¿Qué edad tiene usted?

--	--	--

Age
Años

N2. ¿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

N3. ¿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
N5 más abajo

N4. 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)?

1 Sí, todo mi cuidado de salud *ReceivedCareVA*

2 Sí, parte de mi cuidado de salud

3 No, ningún cuidado de salud por parte del VA

N5. ¿Cuál es su estado civil?

1 Casado/a *MaritalStatus*

2 Unión libre

3 Divorciado/a

4 Viudo/a

5 Separado/a

6 Soltero/a, nunca he estado casado/a



N6. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

- 1 Menos de 8 años Education
- 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

N7. ¿Nació en los Estados Unidos? BornInUSA

- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA N9 más abajo**
- 2 No

N8. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

--	--	--	--

YearCameToUSA
Año

N9. ¿Cuán bien habla usted inglés?

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

N10. ¿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 OtherHisp
Hisp_Cat



N11. ¿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

N12. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

--	--

TotalHousehold

Número de personas

N13. **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 <input type="checkbox"/> Femenino	<i>SelfAge</i>	<i>SelfMOB</i>
Adulto 2 <i>HHAdultGender2</i>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>HHAdultAge2</i>	<i>HHAdultMOB2</i>
Adulto 3 <i>HHAdultGender3</i>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>HHAdultAge3</i>	<i>HHAdultMOB3</i>
Adulto 4 <i>HHAdultGender4</i>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>HHAdultAge4</i>	<i>HHAdultMOB4</i>
Adulto 5 <i>HHAdultGender5</i>	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<i>HHAdultAge5</i>	<i>HHAdultMOB5</i>

N14. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

--	--

ChildrenInHH

Número de niños menores de 18 años de edad



N15. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

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

N16. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- 1 Sí *CellPhone*
- 2 No

N17. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

- 1 Sí *PhoneInHome*
- 2 No

N18. 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?

- 1 \$0 a \$9,999 *IncomeRanges*
- 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

N19. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.

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

MailSurveyTime_Min *MailSurveyTime_Hrs*

N20. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque en todo lo que le aplique.

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



¡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