

National Institutes of Health
U.S. Department of Health and Human Services

OMB # 0925-0538
Expiration Date: October 31, 2014



Health Information National Trends Survey

Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



Annotated Form
Cycle 1, Next-Birthday, Full-content, Spanish Version

NB-2-S

**COMENZAR
AQUI:**

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

AdultsInHH

1 Sí

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

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

MailHHAdults

--	--

3. **El adulto con la 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.

UniquelD



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 siguiente columna**

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

WhereSeekHealthInfo

Escoja solo una de las siguientes opciones.

1 Libros

2 Folletos, panfletos, etc.

3 Organización del cáncer

4 Familia

5 Amigos/Compañeros de trabajo

6 Médico o proveedor de cuidado de la salud

7 Internet

8 Biblioteca

9 Revistas

10 Periódicos

11 Número de información telefónica

12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

91 Otro-Especifique →

WhereSeekHealthInfo_IMP

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

LookElsewhere

1 Sí

2 No

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

WhoLookingFor

1 Para mí

2 Para otra persona

3 Para otra persona y para mí

A5. 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 está con cada una de las siguientes frases?

	Totally de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totally en desacuerdo
<i>LotOfEffort</i>				
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Frustrated</i>				
b. Se sintió frustrado buscando información.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>ConcernedQuality</i>				
c. Le preocupaba la calidad de la información.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>TooHardUnderstand</i>				
d. La información que encontró era difícil de entender.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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 obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
<i>TrustDoctor</i>				
a. Un médico.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustFamily</i>				
b. Familia o amigos.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustNewsmag</i>				
c. Periódicos o revistas.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustRadio</i>				
d. Radio.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustInternet</i>				
e. El Internet.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustTelevision</i>				
f. Televisión.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustGov</i>				
g. Agencias gubernamentales de salud.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustCharities</i>				
h. Organizaciones de caridad.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>TrustReligiousOrgs</i>				
i. Organizaciones y líderes religiosos.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

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

Escoja solo una de las siguientes opciones.

StrongNeedHealthInfo

- 1 Libros
- 2 Folletos, panfletos, etc.
- 3 Organización del cáncer
- 4 Familia
- 5 Amigos/Compañeros de trabajo
- 6 Médico o proveedor de cuidado de la salud
- 7 Internet
- 8 Biblioteca
- 9 Revistas
- 10 Periódicos
- 11 Número de información telefónica
- 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- 91 Otro-Especifique →

StrongNeedHealthInfo_IMP

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

SeekCancerInfo

- 1 Sí
- 2 No

A10. ¿Cuanta atención le presta a la información sobre salud o temas médicos en cada una de las siguientes fuentes?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
a. <i>Attention_OnlineNews</i> En periódicos en Internet.....	4	3	2	1
b. <i>Attention_PrintNews</i> En periódicos impresos.....	4	3	2	1
c. <i>Attention_HealthNews</i> En revistas médicas especializadas o boletines informativos.....	4	3	2	1
d. <i>Attention_Internet</i> En el Internet.....	4	3	2	1
e. <i>Attention_Radio</i> En la radio.....	4	3	2	1
f. <i>Attention_LocalTV</i> En noticieros locales de televisión.....	4	3	2	1
g. <i>Attention_NatTV</i> En noticieros de televisión nacional o por cable.....	4	3	2	1

A11. 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 éstas 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 próxima página**

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

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

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

Internet_Other

- 1 Sí-Especifique →
- 2 No

B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información médica o de salud para usted?

InternetHealthInfoSelf

- 1 Sí
- 2 No

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información médica o de salud?

InternetHealthInfoSite

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA B7 en la próxima página**

B6. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información médica o de salud:

InternetHealthInfoSite_OS

B7. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

- | | Sí | No |
|---|----|----|
| <i>IntRsn_InfQuitSmoking</i> | 1 | 2 |
| a. Buscó información sobre cómo dejar de fumar..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_BuyMedicine</i> | 1 | 2 |
| b. Compró medicamentos o vitaminas utilizando Internet..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_SupportGroup</i> | 1 | 2 |
| c. Participó a través del Internet en un grupo para gente con problemas médicos o de salud similares..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_TalkDoctor</i> | 1 | 2 |
| d. Utilizó el correo electrónico o Internet para comunicarse con un médico o con un consultorio médico..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_DietWebsite</i> | 1 | 2 |
| e. Usó un sitio web como ayuda con su dieta, peso o actividad física..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_HCProviderSearch</i> | 1 | 2 |
| f. Buscó un proveedor de salud..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_PDADownload</i> | 1 | 2 |
| g. Descargó del Internet información relacionada a la salud a un aparato móvil, un dispositivo MP3, teléfono celular, computadora portátil (computadora tableta) o libro electrónico..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_SocNetworkSite</i> | 1 | 2 |
| h. Visito un sitio de "redes sociales" para leer y compartir información sobre temas de salud, como "Facebook" o "LinkedIn"..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_Blog</i> | 1 | 2 |
| i. Escribió en un diario electrónico o blog (ej. Web log) sobre algún tema de salud..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_TrackedPHR</i> | 1 | 2 |
| j. Mantuvo un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas, o citas médicas futuras..... | 1 | 2 |
| <i>IntRsn_HealthInfoSE</i> | 1 | 2 |
| k. Busco información médica o de salud para otra persona..... | 1 | 2 |

B8. ¿Ha hecho alguna otra actividad en el Internet relacionada con la salud?

- OthInternetHealthRelated*
- 1 Sí-Especifique → *OthInternetHealthRelated_OS*
- 2 No

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 |
|--|----|----|
| <i>HCCoverage_Insurance</i> | 1 | 2 |
| a. Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato (suyo o de otro miembro de la familia)..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_Private</i> | 1 | 2 |
| b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted o por otro miembro de la familia)..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_Medicare</i> | 1 | 2 |
| c. Medicare..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_Medicaid</i> | 1 | 2 |
| d. Medicaid, Asistencia Médica o cualquier plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o con alguna discapacidad..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_Tricare</i> | 1 | 2 |
| e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_VA</i> | 1 | 2 |
| f. VA (incluyendo aquellos que nunca han usado ni se han inscrito para el cuidado de la salud VA)..... | 1 | 2 |
| <i>HCCoverage_IHS</i> | 1 | 2 |
| g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service)..... | 1 | 2 |

C3. ¿Tiene usted algún otro tipo de cobertura de salud? (por favor no incluya planes de cobertura dental o de visión)?

- HCCoverage_Other*
- 1 Sí-Especifique → *HCCoverage_OtherOS*
- 2 No

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.

- | | Siempre
↓ | Por lo general
↓ | A veces
↓ | Nunca
↓ |
|---|--------------|---------------------|--------------|------------|
| ¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente? | | | | |
| <i>ChanceAskQuestions</i> | | | | |
| a. ¿Le dieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que usted tenía sobre su salud?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>FeelingsAddressed</i> | | | | |
| b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>InvolvedDecisions</i> | | | | |
| c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>UnderstoodNextSteps</i> | | | | |
| d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>ExplainedClearly</i> | | | | |
| e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>SpentEnoughTime</i> | | | | |
| f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>HelpUncertainty</i> | | | | |
| g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?..... | 1 | 2 | 3 | 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. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca de cualquier información sobre la salud que usted ha obtenido en el Internet?

TalkedDoctor

- 1 Sí

2 No → **VAYA A LA PREGUNTA D1 en la siguiente columna**

C10. Durante los últimos 12 meses, cuando habló con un profesional del cuidado de la salud, ¿qué tan interesado estuvo en la información que encontró usando el Internet?

DoctorInterested

- 1 Muy interesado
- 2 Interesado
- 3 Un poco interesado
- 4 No estaba interesado

D: Su Salud, Nutrición y Actividad Física

D1. En general, diría usted que su salud es...

GeneralHealth

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

D2. 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
↓ |
|---|--------------------|-----------------------------|------------------|-----------------|
| <i>LittleInterest</i> | | | | |
| a. Poco interés o placer por hacer cosas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>Hopeless</i> | | | | |
| b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado.. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>Nervous</i> | | | | |
| c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <i>Worrying</i> | | | | |
| d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

D3. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para tomar buen cuidado de su salud?

OwnAbilityTakeCareHealth

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



D4. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas?

StressedMoneyNutritiousMeals

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

D5. Si disponen 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

D6. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come cada día?

Fruit

- 0 Nada
- 1 ½ taza o menos
- 2 ½ taza a 1 taza
- 3 1 a 2 tazas
- 4 2 a 3 tazas
- 5 3 a 4 tazas
- 6 4 tazas o más

1 taza de fruta puede ser:

- 1 manzana pequeña
- 1 banano grande
- 1 naranja grande
- 8 fresas grandes
- 1 pera mediana
- 32 uvas sin semilla
- 2 ciruelas grandes
- 1 taza de jugo de fruta
- ½ taza de fruta seca
- 1 rebanada de sandía de una pulgada de grosor

D7. ¿Aproximadamente cuántas tazas de verduras (incluyendo jugo de verduras puro al 100%) toma o come usted cada día?

Vegetables

- 0 Nada
- 1 ½ taza o menos
- 2 ½ taza a 1 taza
- 3 1 a 2 tazas
- 4 2 a 3 tazas
- 5 3 a 4 tazas
- 6 4 tazas o más

1 taza de verduras puede ser:

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

D8. ¿Cuántas bebidas o gaseosas azucaradas toma usted usualmente cada día? No incluya bebidas o gaseosas dietéticas.

RegularSoda

- 0 Nada
- 1 12 onzas (1 lata) o menos
- 2 13 a 24 onzas (2 latas)
- 3 25 a 36 onzas (3 latas)
- 4 37 a 48 onzas (4 latas)
- 5 más de 48 onzas

D9. 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 D11

- 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

D10. En los días en los que usted hace algún tipo de actividad o ejercicio físico de intensidad por lo menos moderada, ¿por cuánto tiempo suele hacer estas actividades?

Escriba un número usando las casillas debajo.

HowLongModerateExerciseMn

--	--

Minutos

--	--

Horas

HowLongModerateExerciseHr

D11. 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 days per week
- 5 5 días por semana
- 6 6 días por semana
- 7 7 días por semana



D12. 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

D13. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y Pulgadas
Height_Feet Height_Inches

D14. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Libras
Weight

D15. ¿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

D16. 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

D17. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Smoke100

- 1 Sí
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA D19 en la siguiente columna

D18. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

SmokeNow

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

D19. Una bebida alcohólica es 1 lata o botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de "wine cooler", 1 coctel o un trago de licor.

Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días tomó al menos una bebida alcohólica de cualquier tipo?

DrinksPerWeek

- 0 días → VAYA A LA PREGUNTA D21
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

D20. Durante los últimos 30 días, en los días que bebió alcohol, ¿en promedio cuántas bebidas tomó aproximadamente?

DrinksPerDay

Bebidas(s)

D21. ¿Cuánto duerme usted típicamente...

	Horas	Minutos
a. En un día de trabajo o escuela (por ejemplo un día laborable)?...	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
b. En un día que no es de trabajo o escuela (por ejemplo, los fines de semana)?.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

SleepWorkdayHr, SleepWorkdayMn
SleepWeekendHr, SleepWeekendMn

E: Mujeres y el Cáncer

E1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

GenderC

- 1 Masculino → VAYA A LA PREGUNTA F1 en la próxima página
- 2 Femenino

E2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou?

DrTalkPapTest

- 1 Sí
- 2 No



E3. ¿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

E4. 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

E5. ¿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

F: Detectando el Cáncer

F1. 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

F2. 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

F3. ¿Se ha hecho alguna vez un examen para detectar cáncer de colon?

EverHadColCaTest

- 1 Sí
- 2 No

F4. (Si usted es mujer, **VAYA A LA PREGUNTA G1** en la próxima página. Si es hombre continúe con la pregunta **F4**.) Las siguientes preguntas son acerca de conversaciones que médicos u otros profesionales de salud pueden tener con sus pacientes sobre la prueba APE (PSA, por sus siglas en inglés) usada para detectar cáncer de próstata.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse la prueba APE?

DrTalkPSATest

- 1 Sí
- 2 No

F5. ¿Le han hecho alguna vez la prueba APE?

EverHadPSATest

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro

F6. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que algunos médicos recomiendan la prueba APE (PSA, en inglés) mientras que otros médicos no la recomiendan?

SomeRecommendPSATest

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro



F7. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional del cuidado de la salud que nadie está seguro de si la prueba APE (PSA, en inglés) realmente salva vidas?

NotSurePSATest

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro

G: Creencias Sobre el Cáncer

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

G1. ¿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

G2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cáncer en el transcurso de su vida?

CompareChanceGetCancer

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

G3. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer?

FreqWorryCancer

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

G4. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?



- EverythingCauseCancer**
a. Parece que todo causa cáncer... 1 2 3 4
- PreventNotPossible**
b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... 1 2 3 4
- TooManyRecommendations**
c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... 1 2 3 4

H: Su Historial de Cáncer

H1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

EverHadCancer

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA H4 en la próxima página**

H2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque con todo lo que le aplicó.

- 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 de 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
Cancer_Cat



H3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

WhenDiagnosedCancer

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

H4. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

FamilyEverHadCancer

- 1 Sí
- 2 No
- 4 No estoy seguro

I: Buscar Información Sobre Alimentos y Productos Médicos

I1. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

FoodInfoClear

a. La Información acerca de los alimentos es fácil de entender.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

b. La información acerca de los alimentos me ayuda elegir los alimentos correctos.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

c. Puedo encontrar fácilmente información sobre los alimentos que como.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

▶ Las preguntas siguientes son acerca de medicinas sin receta.

I2. ¿Compra usted alguna medicina sin receta (no requiere receta de un médico) para usted o para alguna otra persona?

BuyOTCDrugs

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA I7 en la siguiente columna**

I3. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

OTCDrugBenefitsClear

a. La información sobre los beneficios de las medicinas sin receta es fácil de entender.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

b. La información sobre los beneficios de las medicinas sin receta me ayuda decidir si comprar o no un medicamento.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

c. Puedo encontrar fácilmente información sobre los beneficios de las medicinas sin receta que yo compraría.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

I4. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

OTCDrugRisksClear

a. La información sobre los riesgos de las medicinas sin receta es fácil de entender.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

OTCDrugRisksHelpful

b. La información sobre los riesgos de las medicinas sin receta me ayuda decidir si comprar o no una medicina...

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

OTCDrugRisksAvailable

c. Puedo encontrar fácilmente información sobre los riesgos de las medicinas sin receta que yo pueda comprar.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

I5. Cuando usted compra por primera vez medicinas sin receta, ¿con qué frecuencia lee usted la etiqueta de instrucciones y advertencias?

OTCDrugReadInfo

- 1 Siempre
- 2 A menudo
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

I6. "La etiqueta de instrucciones y advertencias de las medicinas sin receta son fáciles de entender." Usted esta...

OTCDrugInfoEasy

- 1 De acuerdo,
- 2 En desacuerdo o
- 3 No tengo opinión

I7. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

OTCAdsBenefits

a. Los anuncios de publicidad para medicinas sin receta dan suficiente información acerca de los beneficios de usar esas medicinas.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

OTCAdsNegatives

b. Los anuncios de publicidad para medicinas sin receta dan suficiente información acerca de sus efectos secundarios negativos.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

I8. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

OTCSaferThanRx

a. Las medicinas sin receta son más seguras que las medicinas recetadas.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3

OTCLessEffectiveThanRx

b. Las medicinas que se compran sin receta son menos eficaces que las medicinas recetadas.....

Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No tengo opinión
↓	↓	↓

1 2 3



Las preguntas siguientes son acerca de medicinas recetadas.

19. ¿Compra usted alguna medicina recetada para usted u otra persona?

RxBuyRxDrugs

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA I14 en la siguiente columna**

110. Cuando usted compra por primera vez una medicina recetada por un médico, ¿con qué frecuencia lee usted las instrucciones y advertencias que vienen con la medicina?

RxDDrugReadInfo

- 1 Siempre
- 2 A menudo
- 3 A veces
- 4 Raramente
- 5 Nunca

111. ¿Qué haría usted si retirasen del mercado una medicina recetada que usted compro para su uso o uso de alguien más? Usted:

Sí **No**

- a. Dejaría de tomarla inmediatamente..... 1 2
- b. Seguiría usándola..... 1 2
- c. No prestaría atención a la retirada..... 1 2
- d. Tuviera cuidado..... 1 2
- e. Visitaría el sitio web de fabricante..... 1 2
- f. Me pondría en contacto con el fabricante.... 1 2
- g. Me pondría en contacto con mi médico/enfermera/otro profesional de la salud..... 1 2
- h. Hablaría con mi farmacéutico..... 1 2
- i. No estoy seguro/a..... 1 2

112. ¿Haría usted alguna otra cosa si retirasen del mercado una medicina recetada que usted compró para su uso o uso de alguien más?

RxDDrugRecall_Other

- 1 Sí-Especifique →
- 2 No

113. "Las instrucciones y advertencias que vienen con medicinas recetadas son fáciles de entender." Usted esta...

RxDDrugInfoEasy

- 1 De acuerdo,
- 2 En desacuerdo o
- 3 No tengo opinión

114. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:

Estoy de acuerdo No estoy de acuerdo No tengo opinión

- a. Los anuncios de publicidad para las medicinas recetadas dan suficiente información acerca de los beneficios de usar las medicinas..... 1 2 3
- b. Los anuncios de publicidad para las medicinas recetadas dan suficiente información acerca de sus efectos secundarios negativos..... 1 2 3

Las preguntas siguientes son acerca de productos médicos.

115. En cualquier momento de los últimos 12 meses, ¿ha comprado algún producto médico de uso común para el hogar, ya sea para usted u para otra persona de su hogar, como curitas (p.ej. Band-Aids®), un termómetro, cepillo de dientes eléctrico o kit de prueba de embarazo?

RxBuyHHMP

- 1 Sí
- 2 No

116. En cualquier momento de los últimos 12 meses, ¿ha comprado un producto médico para usted o para otra persona de su hogar para el cuidado de una condición crónica, como un caminador, kit para medir la glucosa en la sangre, ayuda auditiva, medidor de presión arterial, lentes de contacto o lentes recetados?

RxBuyMP

- 1 Sí
- 2 No

117. En cualquier momento de los últimos 12 meses, ¿ha comprado algún producto médico para usted u otra persona de su hogar como una silla de ruedas motorizada, motoneta (scooter) o cama de hospital?

RxBuyOtherMP

- 1 Sí
- 2 No



Si respondió "sí" a I15 o I16 o I17, continúe.

Si respondió "no" a todas las 3 preguntas VAYA a la pregunta I20



118. Cuando usted compra por primera vez un producto médico, ¿con qué frecuencia usted lee las instrucciones y advertencias que vienen con el producto?

Por producto medico nos referimos a todos los productos médicos que incluyó al responder las preguntas I15, I16 e I17.

- MPReadInfo
- 1 Siempre
 - 2 A menudo
 - 3 A veces
 - 4 Raramente
 - 5 Nunca

119. "Las instrucciones y advertencias que vienen con productos médicos son fáciles de comprender." Usted esta...

- MPInfoEasy
- 1 De acuerdo,
 - 2 En desacuerdo o
 - 3 No tengo opinión

120. Indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes frases:



- MPAdsBenefits
- a. Los anuncios de publicidad para los productos médicos comunes dan suficiente información acerca de los beneficios de usar esos productos..... 1 2 3
- MPAdsNegatives
- b. Los anuncios de publicidad para los productos médicos comunes dan suficiente información acerca de los riesgos de usar esos productos..... 1 2 3

121. Tal vez usted ha oído hablar de algunos productos retirados del mercado recientemente. Productos como "stents" (un tipo de prótesis), marcapasos, monitores de la apnea infantil y desfibriladores externos automáticos

¿Qué haría usted si retirasen del mercado un producto médico de cual usted o un ser querido depende? Preferiría usted....

- | | Sí | No |
|---|----|----|
| MPRecall_StopUsing | | |
| a. Dejar de usarlo..... | 1 | 2 |
| MPRecall_ContactDoctor | | |
| b. Ponerse en contacto con su medico..... | 1 | 2 |
| MPRecall_ContactManuf | | |
| c. Visitar el sitio web del fabricante/
Contactar al fabricante..... | 1 | 2 |
| MPRecall_Replace | | |
| d. Reemplazarlo/Encontrar un sustituto..... | 1 | 2 |
| MPRecall_KeepUsing | | |
| e. Seguir usándolo..... | 1 | 2 |
| MPRecall_NoChange | | |
| f. Hacer ningún cambio..... | 1 | 2 |
| MPRecall_Unsure | | |
| g. No estoy seguro(a)/No se..... | 1 | 2 |

122. ¿Haría usted alguna otra cosa si retirasen del mercado un producto médico de cual usted o un ser querido depende?

- MPRecall_Other
- 1 Sí-Especifique → MPRecall_OtherOS
 - 2 No

123. ¿Alguna vez visitó usted el sitio web de la Administración de Alimentos y Medicamentos (www.FDA.gov)?

- VisitFDAWebsite
- 1 Sí → VAYA A LA PREGUNTA I26
 - 2 No

124. ¿Por qué no ha visitado el sitio web de la FDA?

Marque con todo lo que le aplicó.

- FDASite_NoCompInternet
- 1 No tengo una computadora (no tengo acceso a Internet)
 - 1 No tengo ningún motivo para visitar el sitio web
 - 1 Prefiero otros sitios web
 - 1 No estaba enterado del sitio web de la FDA
 - 1 No confío en los sitios web del gobierno
 - 1 No confío en la FDA
 - 1 Es muy difícil encontrar información en el sitio web de la FDA

125. ¿Hay alguna otra razón por qué no ha visitado el sitio web de la FDA?

- FDASite_Other
- 1 Sí-Especifique → FDASite_OtherOS
 - 2 No

VAYA A LA PREGUNTA J1 en la próxima página

126. En su visita más reciente, ¿encontró la información que buscaba?

- FDASite_FoundInfo
- 1 Sí
 - 2 No

127. ¿Qué tan fácil o difícil fue encontrar la información que buscaba?

- FDASite_EaseOfUse
- 1 Muy fácil
 - 2 Fácil
 - 3 Ni fácil ni difícil
 - 4 Difícil
 - 5 Muy difícil



J: Investigación Médica y Registros Médicos

J1. 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

J2. Por favor indique que 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.. 1 2 3
- b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente..... 1 2 3

J3. ¿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

J4. ¿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

J5. ¿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

J6. 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

J7. 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

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



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 dos 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 K4

K3a. 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

K4. ¿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

K5. ¿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

K6. ¿Nació en los Estados Unidos?

BornInUSA

- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA K8 en la siguiente columna**
- 2 No

K7. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

YearCameToUSA

					Año
--	--	--	--	--	-----

K8. ¿Qué tan cómodo se siente hablando Inglés?

ComfortableEnglish

- 1 Completamente cómodo
- 2 Muy cómodo
- 3 Algo cómodo
- 4 Poco cómodo
- 5 Totalmente incómodo

K9. ¿Es usted hispano/a o latino/a?

Hispanic

- 1 Sí
- 2 No

K10. ¿Cuál o cuáles de las siguientes opciones diría que es su raza?

Marque una o más casillas.

- 1 Indio americano/Nativo de Alaska AmerInd
 - 1 Asiática Asian
 - 1 Negro/Afroamericano Black
 - 1 Nativo Hawaiano o de otra isla del Pacífico PacIsl
 - 1 Blanca White
- Race_Cat

K11. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

TotalHousehold

		Número de personas
--	--	--------------------

K12. Incluyéndose a usted, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años o más que viva en esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
HHAdultGender1 Adulto 1	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	HHAdultAge1	HHAdultMOB1
HHAdultGender2 Adulto 2	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	HHAdultAge2	HHAdultMOB2
HHAdultGender3 Adulto 3	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	HHAdultAge3	HHAdultMOB3
HHAdultGender4 Adulto 4	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	HHAdultAge4	HHAdultMOB4
HHAdultGender5 Adulto 5	<input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino	HHAdultAge5	HHAdultMOB5



K13. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

ChildrenInHH

Número de niños menores de 18 años de edad

K14. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

RentOrOwn

Casa propia

Renta

Ocupa un lugar sin pagar renta

K15. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

CellPhone

Sí

No

K16. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

PhoneInHome

Sí

No

K17. 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

\$0 to \$9,999

\$10,000 to \$14,999

\$15,000 to \$19,999

\$20,000 to \$34,999

\$35,000 to \$49,999

\$50,000 to \$74,999

\$75,000 to \$99,999

\$100,000 to \$199,999

\$200,000 o más

K18. ¿Completó esta encuesta en una sola sesión o lo hizo en más de una sesión?

MailStopStartSurvey

Completé la encuesta en una sesión

Completé la encuesta en más de una sesión

K19. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

MailSomeoneInRoom

Sí

No

K20. ¿Cuánto tiempo le tomo completar la encuesta?

Escriba el número de minutos o horas usando las casillas.

MailSurveyTime_Min

MailSurveyTime_Hrs

Minutos

Horas

K21. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque con todo lo que le aplique.

TypeOfAddressA

El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio

TypeOfAddressB

Una dirección con un número de ruta rural

TypeOfAddressC

Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box)

TypeOfAddressD

Una casilla postal de un establecimiento

comercial (como Mailboxes are Us,

Mailboxes, Etc.)

¡Gracias!



Por favor devuelva este cuestionario en el sobre con franqueo pagado tan pronto como sea posible.



Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

HINTS Study, TC 1046F

Westat

1600 Research Boulevard

Rockville, MD 20850

