



Encuesta Nacional de Tendencias

# Sobre Información de la Salud

en español



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



HV-CI

Annotated Form  
Cycle1, NextBirthday, Full-Content,  
Spanish Version

40769.0614.88610402

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, cuántas 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**



## 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 A5 en la próxima página

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

*WhereSeekHealthInfo*

Marque  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

*WhereSeekHealthInfo\_IMP*

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. 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. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba..... <i>LotOfEffort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Se sintió frustrado buscando información..... <i>Frustrated</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>ConcernedQuality</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>TooHardUnderstand</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



A5. 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

A6. 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. Un médico..... <i>TrustDoctor</i>	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... <i>TrustFamily</i>	4	3	2	1
c. Periódicos o revistas..... <i>TrustNewsMag</i>	4	3	2	1
d. Radio..... <i>TrustRadio</i>	4	3	2	1
e. Internet..... <i>TrustInternet</i>	4	3	2	1
f. Televisión..... <i>TrustTelevision</i>	4	3	2	1
g. Agencias gubernamentales de salud..... <i>TrustGov</i>	4	3	2	1
h. Organizaciones de caridad..... <i>TrustCharities</i>	4	3	2	1
i. Organizaciones y líderes religiosos..... <i>TrustReligiousOrgs</i>	4	3	2	1

A7. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca de temas de salud o medicina. ¿Dónde iría primero? *StrongNeedHealthInfo*

Marque  sólo una de las siguientes opciones:

- 1 Libros
- 2 Folletos, hojas volantes, 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\_OS*

*StrongNeedHealthInfo\_IMP*

A8. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- 1 Sí SeekCancerInfo
- 2 No

A9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información del cáncer para usted? InternetCancerInfoSelf

- 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 B4 en la próxima página**

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

	Sí ↓	No ↓
a. Una línea telefónica..... <span style="font-size: small; color: red;">Internet_DialUp</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Banda ancha tal como DSL, cable, o FiOS..... <span style="font-size: small; color: red;">Internet_BroadBnd</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G)..... <span style="font-size: small; color: red;">Internet_Cell</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Una red inalámbrica (WiFi)..... <span style="font-size: small; color: red;">Internet_Wifi</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

B3. ¿Con qué frecuencia se conecta usted al Internet por medio de cada uno de los siguientes?

	A diario ↓	A veces ↓	Nunca ↓	No aplica ↓
a. Computadora en casa..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_Home</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Computadora en el trabajo..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_Work</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Computadora en la escuela..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_School</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro)..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_PublicPlace</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. En un dispositivo móvil (teléfono celular/smartphone/tableta)..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_MobileDevice</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. En un dispositivo de juegos/"Smart TV"..... <span style="font-size: small; color: red;">WhereUseInternet_GamingDevice</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted una computadora, un teléfono inteligente u otro medio electrónico para hacer alguna de las siguientes cosas?

	Sí ↓	No ↓
a. Buscar información médica o de salud para usted mismo..... <i>Electronic_SelfHealthInfo</i>	1	2
b. Buscar información médica o de salud para otra persona..... <i>Electronic_HealthInfoSE</i>	1	2
c. Comprar medicamentos o vitaminas utilizando el Internet..... <i>Electronic_BuyMedicine</i>	1	2
d. Buscar un proveedor de salud..... <i>Electronic_HCPSearch</i>	1	2
e. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarme con un médico o con un consultorio médico..... <i>Electronic_TalkDoctor</i>	1	2
f. Hacer citas con un proveedor de cuidado de la salud..... <i>Electronic_MadeAppts</i>	1	2
g. Mantenerse informado de los cargos y costos del cuidado de la salud..... <i>Electronic_TrackedHealthCosts</i>	1	2
h. Llenar formularios o documentos relacionados con el cuidado de su salud..... <i>Electronic_CompletedForms</i>	1	2
i. Ver los resultados de pruebas que le hayan hecho..... <i>Electronic_TestResults</i>	1	2

B5. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

	Sí ↓	No ↓
a. Tableta computarizada como el iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire..... <i>HaveDevice_Tablet</i>	1	2
b. Teléfono inteligente como el iPhone, Android, Blackberry, o teléfono Windows..... <i>HaveDevice_SmartPh</i>	1	2
c. Teléfono celular básico solamente..... <i>HaveDevice_CellPh</i>	1	2

B6. ¿Tiene usted en su tableta o teléfono inteligente alguna aplicación relacionada con la salud y el bienestar? *TabletHealthWellnessApps*

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé
- 4 No tengo una tableta ni un teléfono inteligente. → **VAYA A LA PREGUNTA B8 en la próxima página**



B7. ¿Le ha ayudado su tableta o su teléfono inteligente...

	Sí ↓	No ↓
a. a medir su progreso hacia un objetivo relacionado con la salud, como dejar de fumar o aumentar su actividad física?..... <i>Tablet_AchieveGoal</i>	1	2
b. a tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?..... <i>Tablet_MakeDecision</i>	1	2
c. en conversaciones con su proveedor de cuidado de la salud?..... <i>Tablet_DiscussionsHCP</i>	1	2

B8. ¿Ha usado usted un dispositivo electrónico que no sea una tableta o un teléfono inteligente para monitorear o mantenerse al tanto del estado de su salud durante los últimos 12 meses? Algunos ejemplos son Fitbit, medidores de glucosa en la sangre, y monitores de la presión de la sangre. *OtherDevTrackHealth*

- 1 Sí
- 2 No

B9. ¿Ha compartido información acerca de su salud con un profesional de la salud usando un dispositivo de monitoreo electrónico o un teléfono inteligente en los últimos 12 meses?

- 1 Sí *SharedHealthDeviceInfo*
- 2 No
- 3 No aplica

B10. 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 ↓
a. Visitar sitios de una red social, como Facebook o LinkedIn..... <i>IntRSN_VisitedSocNet</i>	1	2
b. Compartir información sobre la salud en un sitio de redes sociales como Facebook o Twitter..... <i>IntRSN_SharedSocNet</i>	1	2
c. Escribir en un diario cibernético o blog (es decir Diario Web)..... <i>IntRSN_WroteBlog</i>	1	2
d. Participar en un foro en línea o grupo de apoyo para personas con problemas de salud o problemas médicos similares..... <i>IntRSN_SupportGroup</i>	1	2
e. Ver un video relacionado con la salud en YouTube..... <i>IntRSN_YouTube</i>	1	2

B11. ¿Ha enviado un mensaje de texto a un médico u otro profesional del cuidado de la salud o lo ha recibido durante los últimos 12 meses?

- 1 Sí *TextFromDoctor*
- 2 No
- 3 No sé



## 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?

- 1 Sí RegularProvider  
 2 No

C2. 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.

- 1 Durante el último año MostRecentCheckup2  
 2 De 1 a 2 años atrás  
 3 De 3 a 5 años atrás  
 4 Hace más de 5 años  
 5 Nunca  
 6 No sé

C3. 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?

- 0 Ninguna → FreqGoProvider **VAYA A LA PREGUNTA C7 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

C4. 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?..... <span style="color: red;">ChanceAskQuestions</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?..... <span style="color: red;">FeelingsAddressed</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?..... <span style="color: red;">InvolvedDecisions</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?..... <span style="color: red;">UnderstoodNextSteps</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?..... <span style="color: red;">ExplainedClearly</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?..... <span style="color: red;">SpentEnoughTime</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?..... <span style="color: red;">HelpUncertainty</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C5. 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

C6. En los últimos 12 meses, cuando estaba recibiendo cuidado por un problema médico, ¿tuvo usted que hacer lo siguiente en alguna ocasión...

	Sí	No
a. Traer placas de rayos X, un MRI, u otro tipo de resultado de una prueba a la cita?.. <span style="color: red;">ProbCare_BringTest</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Esperar más tiempo del que usted considera razonable por los resultados de una prueba?..... <span style="color: red;">ProbCare_WaitLong</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Repetir una prueba o procedimiento porque los resultados de la prueba anterior no estaban disponibles?..... <span style="color: red;">ProbCare_RedoTest</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Proporcionar de nuevo su historial médico porque no podían encontrar su información?..... <span style="color: red;">ProbCare_ProvideHist</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

C7. ¿Está usted cubierto actualmente por cualquiera de los tipos siguientes de seguro de salud o planes de cobertura de la salud?

	Sí	No
a. Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato..... <span style="color: red;">HealthIns_InsuranceEMP</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros..... <span style="color: red;">HealthIns_InsurancePriv</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Medicare, para personas de 65 años o más, o personas con ciertas discapacidades..... <span style="color: red;">HealthIns_Medicare</span>	<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..... <span style="color: red;">HealthIns_Medicaid</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias..... <span style="color: red;">HealthIns_Tricare</span>	<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)..... <span style="color: red;">HealthIns_VA</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service)..... <span style="color: red;">HealthIns_IHS</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de la salud (especifique)..... <span style="color: red;">HealthIns_Other</span>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <span style="color: red;">HealthIns_Other_OS</span> </div>		



## D: Informes medicos

A continuación, vamos a hacerle unas preguntas acerca de su registro médico. El registro médico se define como el historial médico, el cual incluye los resultados de sus pruebas de laboratorio, las notas clínicas y la lista actualizada de medicamentos.

D1. ¿Mantienen alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidados de la salud su registro médico en un sistema computarizado?

ProviderMaintainEMR2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

D2. ¿Le ha ofrecido alguna vez acceso a sus registro médico por Internet su ...

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. proveedor de servicios de salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
OfferedAccessHCP2			
b. seguro de salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
OfferedAccessInsurer2			

D3. ¿Le ha alentado alguna vez alguno de sus proveedores de cuidado de la salud, incluyendo médicos, enfermeros, o personal de las oficinas a usar un registro médico por Internet?

HCPEncourageOnlineRec

- 1 Sí
- 2 No

D4. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso a su registro médico en Internet en los últimos 12 meses?

AccessOnlineRecord

- 0 0 → **VAYA A LA PREGUNTA D5 en la próxima página**
- 1 1 a 2 veces
- 2 3 a 5 veces
- 3 6 a 9 veces
- 4 10 o más veces

**VAYA A LA PREGUNTA D6 en la próxima página**



D5. ¿Por qué no ha tenido usted acceso a su registro médico por Internet? ¿Es porque...

	Sí ↓	No ↓
a. usted prefiere hablar directamente con su proveedor de cuidado de la salud?..... <i>NotAccessed_SpeakDirectly</i>	1	2
b. usted no tiene manera de acceder al sitio Web?..... <i>NotAccessed_NoInternet</i>	1	2
c. usted no tiene necesidad de usar su registro médico en Internet?..... <i>NotAccessed_NoNeed</i>	1	2
d. a usted le preocupaba la privacidad o la seguridad del sitio Web que contenía su registro médico?..... <i>NotAccessed_ConcernedPrivacy</i>	1	2
e. usted no tiene un registro médico en Internet?..... <i>NotAccessed_NoRecord</i>	1	2
f. Otra (especifique) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;"><i>NotAccessed_Other</i> <i>NotAccessed_Other_OS</i></span> .....	1	2



Si no tuvo usted acceso a su registro médico por Internet en los últimos 12 meses, VAYA A LA PREGUNTA D12 en página 12.

Por lo demás, VAYA A LA PREGUNTA D6 más abajo

D6. ¿Incluye alguno de sus informes médicos en Internet los siguientes tipos de información médica?

	Sí ↓	No ↓	No estoy seguro/a ↓
a. Resultados de pruebas de laboratorio..... <i>RecordsOnline_Labs</i>	1	2	3
b. Lista actual de medicamentos..... <i>RecordsOnline_Meds</i>	1	2	3
c. Lista de problemas de salud/médicos..... <i>RecordsOnline_HealthProbs</i>	1	2	3
d. Lista de alergias..... <i>RecordsOnline_Allergies</i>	1	2	3
e. Resúmenes de sus visitas al consultorio..... <i>RecordsOnline_VisitSummary</i>	1	2	3
f. Notas clínicas..... <i>RecordsOnline_ClinNotes</i>	1	2	3
g. Historial de inmunizaciones o vacunas..... <i>RecordsOnline_Immunizations</i>	1	2	3



D7. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted su registro médico en Internet para...

	Sí ↓	No ↓
a. hacer citas con un proveedor de cuidado de la salud?..... <i>RecordsOnline_MakeAppt</i>	1	2
b. pedir que renueven una receta médica?..... <i>RecordsOnline_RefillMeds</i>	1	2
c. llenar formularios o documentos relacionados con el cuidado de su salud?..... <i>RecordsOnline_Paperwork</i>	1	2
d. pedir que corrijan información incorrecta?..... <i>RecordsOnline_RequestCorrection</i>	1	2

D8. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted su registro médico en Internet para...

	Sí ↓	No ↓
a. enviar mensajes de forma segura a su proveedor y al personal de cuidado de la salud (por ej., por correo electrónico)?..... <i>RecordsOnline_MessageHCP</i>	1	2
b. buscar los resultados de pruebas?..... <i>RecordsOnline_ViewResults</i>	1	2
c. monitorear su salud?..... <i>RecordsOnline_MonitorHealth</i>	1	2
d. descargar información sobre su salud a su computadora o dispositivo móvil, como un teléfono celular o una tableta?..... <i>RecordsOnline_DownloadHealth</i>	1	2
e. añadir información sobre su salud para compartirla con su proveedor de cuidado de la salud, como preocupaciones relacionadas con su salud, síntomas, y efectos secundarios?..... <i>RecordsOnline_AddHealthInfo</i>	1	2
f. obtener ayuda para tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?..... <i>RecordsOnline_MakeDecision</i>	1	2

D9. ¿Ha enviado su información médica electrónicamente a...

	Sí ↓	No ↓
a. otro proveedor de cuidado de la salud?..... <i>ESent_AnotherHCP</i>	1	2
b. un miembro de la familia u otra persona involucrada en su cuidado?..... <i>ESent_Family</i>	1	2
c. un servicio o aplicación que puede ayudar a manejar y almacenar su información sobre la salud?..... <i>ESent_HealthApp</i>	1	2

D10. ¿Qué tan fácil o difícil de comprender fue la información sobre su salud en su registro médico en Internet?

- UnderstandOnlineMedRec*
- 1 Muy fácil
  - 2 Algo fácil
  - 3 Algo difícil
  - 4 Muy difícil



D11. En general, ¿qué tan útil es su registro médico en Internet para monitorear su salud?

- 1 Muy útil UsefulOnlineMedRec
- 2 Algo útil
- 3 No muy útil
- 4 Nunca es útil
- 5 No uso mi registro médico en Internet para monitorear mi salud

D12. ¿Qué seguridad siente usted de que exista protección (incluyendo el uso de tecnología) para proteger su registro médico de ser visto por personas que no estén permitidas para hacerlo?

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

D13. ¿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?

- 1 Sí WithheldInfoPrivacy
- 2 No

D14. Si su información médica es enviada de forma electrónica, o sea, por computadora, de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿qué tan preocupado estaría usted de que alguien no autorizado pueda verla? ElectInfoSafe

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

D15. ¿Cuántas veces accedió usted por Internet al registro médico de un pariente o un amigo cercano en los últimos 12 meses?

- 0 Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA E1 en la próxima página** AccessFamilyMedRec
- 1 1 a 2 veces
- 2 3 a 5 veces
- 3 6 a 9 veces
- 4 10 o más veces

D16. ¿Cómo tuvo usted acceso a la información personal sobre la salud de un pariente o amigo cercano?

	Sí	No
a. Usando el nombre y contraseña del pariente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Usando un nombre y contraseña asignados a mí para tener acceso a su informe...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

AccessedFamRec\_TheirPwd  
 AccessedFamRec\_MyPwd



## E: Cuidar

E1. ¿Está usted actualmente cuidando o tomando decisiones acerca del cuidado de la salud de alguien que tiene una condición médica, de conducta, discapacidad, u otra condición?

Marque  en todo lo que le aplique.

- Sí, uno o varios hijos `Caregiving_Child`
- Sí, un cónyuge o pareja `Caregiving_Spouse`
- Sí, mi padre, mi madre o ambos `Caregiving_Parent`
- Sí, un miembro cercano de la familia `Caregiving_Family`
- Sí, un amigo/a u otra persona que no es de la familia `Caregiving_Friend`
- No → **VAYA A LA PREGUNTA F1 en la próxima página** `Caregiving_No`  
`CaregivingWho_Cat`

E2. Por favor, escoja todas las condiciones para las cuales ha proporcionado usted cuidados para esta persona.

Si ha escogido más de una persona en E1, piense en la persona a la cual ha proporcionado más cuidados.

Marque  en todo lo que le aplique.

- Cáncer** `Caregiving_Cancer`
- Alzheimer, confusión, demencia, pérdida de memoria** `Caregiving_Alzheimer`
- Problemas ortopédicos/musculoesqueléticos** (por ejemplo: problemas de la espalda, fracturas de huesos, artritis, problemas de movilidad, no puede desplazarse, debilidad, inestabilidad, caídas) `Caregiving_OrthoMusc`
- Problemas mentales/de comportamiento/abuso de sustancias** (por ejemplo: problemas emocionales; depresión; ansiedad; abuso de sustancias, de drogas, o de alcohol) `Caregiving_MentalHealth`
- Condiciones crónicas** (por ejemplo: presión alta o hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón, ataque al corazón, enfermedad pulmonar, enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD), Parkinson) `Caregiving_ChronicCond`
- Problemas neurológicos o de desarrollo** (por ejemplo: daños o lesión al cerebro, trastorno en el desarrollo o trastorno intelectual, retraso mental, síndrome de Down, derrame cerebral) `Caregiving_NeuroDev`
- Condiciones graves** (por ejemplo: cirugía, heridas, o lesiones) `Caregiving_AcuteCond`
- Envejecimiento o problemas relacionados con el envejecimiento** `Caregiving_Aging`
- Otras (especifique)** → `Caregiving_Other, Caregiving_Other_OS`
- No estoy seguro/a, No sé**  
`Caregiving_NotSure`  
`CaregivingCond_Cat`

E3. Pensando en todas las clases de ayuda que usted proporciona a esta persona o personas, ¿aproximadamente cuántas horas pasa usted en una semana común proporcionando cuidado?

- Menos de 5 horas por semana `Caregiving_HoursPerWeek`
- 5-14 horas por semana
- 15-20 horas por semana
- 21-34 horas por semana
- 35 o más horas por semana



## F: La Genética e Historial Familiar

F1. Por razones de salud los médicos usan las pruebas de ADN para analizar el ADN de las personas. ¿Ha escuchado o leído acerca de este tipo de pruebas genéticas?

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

F2. ¿De cuál de los siguientes usos para una prueba genética ha oído usted hablar?

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

- 1 Determinar el riesgo o la probabilidad de contraer una enfermedad particular  
GeneticTestUse\_DetermineRisk  
 1 Determinar cómo se debe tratar una enfermedad después del diagnóstico  
GeneticTestUse\_DetermineTx  
 1 Determinar qué medicamentos pueden servir o no servir para una persona  
GeneticTestUse\_DetermineMed  
 1 Determinar la probabilidad de transmitir una enfermedad hereditaria a sus hijos  
GeneticTestUse\_DeterminePass  
GeneticTestUse\_Cat

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

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

- 1 **Prueba de paternidad:** para determinar si un varón es el padre de un niño/a. HadTest\_Paternity  
 1 **Prueba de ascendencia:** para determinar el historial o el origen geográfico o étnico de los antepasados de una persona. HadTest\_Ancestry  
 1 **Identificación mediante el análisis del ADN:** para distinguir entre personas o para emparejar individuos usando pelo, sangre u otro material biológico. HadTest\_DNAFing  
 1 **Prueba de portador de fibrosis cística (CF por sus siglas en inglés):** para determinar si una persona corre el riesgo de tener hijos con fibrosis cística. HadTest\_CFCarrier  
 1 **Prueba BRCA ½:** para determinar si una persona tiene una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar cáncer del seno o de los ovarios. HadTest\_BRCA  
 1 **Prueba del síndrome de Lynch:** para determinar si una persona tiene una probabilidad mayor que el promedio de desarrollar cáncer de colon. HadTest\_Lynch  
 1 Ninguna de las anteriores HadTest\_None  
 1 No estoy seguro/a HadTest\_NotSure  
 1 Otra - especifique → HadTest\_Other, HadTest\_Other\_OS  
HadTest\_Cat



## G: Su salud en general

G1. En general, ¿diría usted que su salud es...

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

G2. 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

G3. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

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

G4. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies    y      Pulgadas

Height\_Feet, Height\_Inches

G5. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Libras

Weight



G6. 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

G7. ¿Hay alguna persona con quien pueda contar para darle apoyo emocional cuando lo necesite - como para hablar sobre problemas o para ayudarle a tomar decisiones difíciles?

- 1 Sí *EmotionalSupport*  
 2 No

G8. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

- 1 Sí *TalkHealthFriends*  
 2 No

G9. Si necesita ayuda con las tareas diarias, ¿hay alguien que pueda ayudarle?

- 1 Sí *HelpDailyChores*  
 2 No

G10. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

- 1 Sí *Deaf*  
 2 No



## H: Salud y nutrición

H1. 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

H2. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come cada día? [Fruit](#)

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

1 taza de fruta puede ser:

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

H3. ¿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



H4. ¿Cuál de las siguientes condiciones de la salud cree usted que puede ser un resultado de tomar demasiado alcohol?

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. Cáncer..... <i>AlcoholConditions_Cancer</i>	1	2	3
b. Enfermedad cardíaca..... <i>AlcoholConditions_HeartDisease</i>	1	2	3
c. Diabetes..... <i>AlcoholConditions_Diabetes</i>	1	2	3
d. Colesterol alto..... <i>AlcoholConditions_Cholesterol</i>	1	2	3
e. Enfermedad del hígado..... <i>AlcoholConditions_LiverDisease</i>	1	2	3
f. Tener exceso de peso o ser obeso..... <i>AlcoholConditions_Overweight</i>	1	2	3

H5. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada una de las frases siguientes?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. El alcohol aumenta su riesgo de tener cáncer..... <i>AlcoholIncreaseCancer</i>	1	2	3	4
b. Tomar alcohol en moderación reduce su riesgo de tener enfermedades cardíacas..... <i>AlcoholReduceHeart</i>	1	2	3	4

## I: Actividad física, ejercicio y exposición a los rayos UV

11. 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 I4 en la próxima página**

- 1 1 día por semana
- 2 2 días por semana
- 3 3 días por semana
- 4 4 días por semana
- 5 5 días por semana
- 6 6 días por semana
- 7 7 días por semana

12. 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    horas usando las casillas.

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

*HowLongModerateExerciseMn*  
*HowLongModerateExerciseHr*



13. 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

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

TanningBed

- 0 0 veces
- 1 1 a 2 veces
- 2 3 a 10 veces
- 3 11 a 24 veces
- 4 25 o más veces

15. ¿Alguna vez le ha examinado la piel un profesional de la salud para ver si tiene indicios de cáncer de piel?

SkinCancerHPEExam

- 2 No
- 1 Sí, pero no regularmente
- 3 Sí, regularmente
- 4 No sé

16. ¿Se examina usted la piel para ver si tiene indicios de cáncer de piel?

SkinCancerSelfCheck

- 2 No
- 1 Sí, pero no regularmente
- 3 Sí, regularmente



## J: Productos de tabaco

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

- 1 Sí Smoke100  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA J5 más abajo**

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- 1 Todos los días SmokeNow  
 2 Algunos días  
 3 Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA J5 más abajo**

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

- 1 Sí TriedQuit  
 2 No

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

- 1 Sí ConsiderQuit  
 2 No

J5. 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 → **VAYA A LA PREGUNTA J8 en la próxima página**

J6. ¿Ha usado alguna vez un cigarrillo electrónico, aunque solo sea una o dos veces?

- 1 Sí UsedECigEver  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA J8 en la próxima página**

J7. ¿Actualmente usa un cigarrillo electrónico todos los días, algunos días o nunca?

- 1 Todos los días UseECigNow  
 2 Algunos días  
 3 Nunca



J8. En cualquier momento durante el último año, ¿ha hablado con un médico u otro profesional de la salud acerca de hacerse una prueba para ver si tiene cáncer de pulmón?

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

J9. En su opinión, ¿piensa usted que algunos productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco de mascar, snus y snuff, son menos dañinos para la salud de una persona que los cigarrillos?

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

J10. 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 perjudiciales HookahLessHarm
- 2 Menos perjudiciales
- 3 Igual de perjudiciales
- 4 Más perjudiciales
- 5 Mucho más perjudiciales
- 6 Nunca he oído hablar de la cachimba (Hookah)

## K: Exploración del cáncer

K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

- 1 Masculino GenderC → **VAYA A LA PREGUNTA K4 en la próxima página**
- 2 Femenino

K2. ¿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



K3. ¿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
- Mujeres VAYA A LA PREGUNTA L1 más abajo**

K4. La prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA en inglés) se usa para detectar el cáncer de próstata.

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

- 1 Sí *EverHadPSATest*
- 2 No

## L: Conocimiento del HPV (Virus del Papiloma Humano)

L1. ¿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 L5 en la próxima página**

L2. ¿Cree usted que el VPH puede causar...

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

L3. ¿Cree usted que el VPH es una enfermedad que se transmite por contacto sexual?

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

L4. ¿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



L5. 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<sup>®</sup>, o Cervarix<sup>®</sup>.

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

- 1 Sí HeardHPVvaccine2  
 2 No

L6. En su opinión, ¿qué tan exitosa es la vacuna VPH (virus del papiloma humano o HPV por sus siglas en inglés) para prevenir el cáncer cervical?

- 1 Nada exitosa HPVShotPrevent  
 2 Un poco exitosa  
 3 Exitosa  
 4 Muy exitosa  
 5 No lo sé

L7. Incluyéndose a usted mismo/a, ¿hay alguien en su familia inmediata entre las edades de 9 y 27 años de edad?

- 1 Sí FamBetween9and27  
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA M1 en la próxima página**

L8. ¿Ha hablado con usted o un miembro de su familia inmediata algún médico o profesional de la salud acerca de la inyección o vacuna contra el VPH en los últimos 12 meses?

- 1 Sí DiscussHPVvaccination12m  
 2 No  
 3 No sé

L9. En los últimos 12 meses, ¿le ha recomendado un médico o un profesional de la salud a usted o a un miembro de su familia inmediata que se ponga una inyección o vacuna contra el VPH?

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



## M: Su historial de cáncer

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- 1 Sí EverHadCancer
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA N1 en página 26

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque  en todo lo que le aplique.

- 1 Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino) CaCervical
- 1 Cáncer de colon CaColon
- 1 Cáncer de estómago CaStomach
- 1 Cáncer de la cabeza y del cuello CaHeadNeck
- 1 Cáncer de la faringe (garganta) CaPharyngeal
- 1 Cáncer de la piel, no Melanoma CaSkin
- 1 Cáncer de los huesos CaBone
- 1 Cáncer de próstata CaProstate
- 1 Cáncer de seno CaBreast
- 1 Cáncer del vejiga CaBladder
- 1 Cáncer del hígado CaLiver
- 1 Cáncer del pulmón CaLung
- 1 Cáncer endometrial (cáncer del útero) CaEndometrial
- 1 Cáncer oral CaOral
- 1 Cáncer ovárico CaOvarian
- 1 Cáncer pancreático CaPancreatic
- 1 Cáncer rectal CaRectal
- 1 Cáncer renal (riñón) CaRenal
- 1 Leucemia (cáncer de la sangre) CaLeukemia
- 1 Linfoma de Hodgkin CaHodgkins
- 1 Linfoma no de Hodgkin CaNonHodgkin
- 1 Melanoma CaMelanoma
- 1 Otro-Especifique → CaOther, CaOther\_OS

Cancer\_Cat

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

Edad WhenDiagnosedCancer

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

- 1 Sí UndergoCancerTreatment
- 2 No → VAYA A LA PREGUNTA M8 en la próxima página



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

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

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

*HowLongFinishTreatment\_Cat*

5 Todavía está recibiendo tratamiento → **VAYA A LA PREGUNTA M10 en la próxima página**

- 1 Hace menos de 1 año
- 2 Hace 1 año o más pero menos de 5 años
- 3 Hace 5 años o más pero menos de 10 años
- 4 10 años o más

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

*CancerTxSummary*

- 1 Sí
- 2 No

M8. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

*CancerDeniedCoverage*

- 1 Sí
- 2 No

M9. Recordando desde la primera vez que le diagnosticaron el cáncer, ¿cuánto han dañado el cáncer y su tratamiento su situación financiera?

*CancerHurtFinances*

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



M10. 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

M11. Los ensayos clínicos son estudios de investigación realizados con personas. Están diseñados para probar la seguridad y la eficacia de tratamientos nuevos y para comparar tratamientos nuevos con el cuidado estándar que reciben las personas actualmente. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

- 1 Sí `ClinicalTrialCancerTx`
- 2 No
- 3 No lo sé

M12. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

- 1 Sí `DiscussedClinicalTrial`
- 2 No

## N: Creencias respecto al cáncer

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

N1. ¿Qué probabilidad tiene usted de que se le desarrolle cáncer en el transcurso de su vida?

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



N2. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Parece que todo causa cáncer..... <i>EverythingCauseCancer</i>	1	2	3	4
b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... <i>PreventNotPossible</i>	1	2	3	4
c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer, que es difícil saber cuáles seguir..... <i>TooManyRecommendations</i>	1	2	3	4
d. En los adultos, el cáncer es más común que las enfermedades del corazón..... <i>CancerMoreCommon</i>	1	2	3	4
e. Cuando pienso sobre el cáncer, automáticamente pienso en la muerte..... <i>CancerFatal</i>	1	2	3	4

N3. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con la frase?: "Yo prefiero no saber mi probabilidad de contraer cáncer." *RatherNotKnowChance*

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

N4. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer?

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

N5. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

- 1 Sí *FamilyEverHadCancer*
- 2 No
- 4 No estoy seguro/a



## O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted?

Años Age

O2. ¿Cuál es su situación laboral actual? OccupationStatus

Marque  solo una de las siguientes opciones:

1 Empleado Employed

2 Desempleado Unemployed

3 Ama de casa Homemaker

4 Estudiante Student

5 Retirado Retired

6 Discapacitado Disabled

91 Otro-Especifique →  OccupationStatus\_OS

OtherOcc

MultiOcc

O3. ¿Ha prestado usted alguna vez servicio activo en las fuerzas armadas, en la Reserva militar o en la Guardia Nacional de los EE.UU.? Servicio activo no incluye entrenamiento en las Reservas o en la Guardia Nacional, pero INCLUYE la activación, por ejemplo, para la guerra del Golfo Pérsico. ActiveDutyArmedForces

1 Sí, ahora estoy en servicio activo

2 Sí, estuve en servicio activo durante los últimos 12 meses pero no ahora

3 Sí, estuve en servicio activo en el pasado, pero no durante los últimos 12 meses

4 No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional

5 No, nunca presté servicio militar

} VAYA A LA PREGUNTA O5  
más abajo

O4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido parte o todo su cuidado de la salud de un hospital o clínica para veteranos (VA, por sus siglas en inglés)? ReceivedCareVA

1 Sí, todo mi cuidado de salud

2 Sí, parte de mi cuidado de salud

3 No, ningún cuidado de salud por parte del VA

O5. ¿Cuál es su estado civil?

1 Casado/a MaritalStatus

2 Unión libre

3 Divorciado/a

4 Viudo/a

5 Separado/a

6 Soltero/a, nunca he estado casado/a



O6. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

Education

- 1 Menos de 8 años
- 2 De 8 a 11 años
- 3 12 años o escuela secundaria completa
- 4 Formación después de la escuela secundaria, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- 5 Algún tiempo en la universidad
- 6 Graduado de la universidad
- 7 Postgraduado

O7. ¿Nació en los Estados Unidos?

BornInUSA

- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA O9 más abajo**
- 2 No

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

YearCameToUSA

				Año
--	--	--	--	-----

O9. ¿Cuán bien habla usted inglés?

SpeakEnglish

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

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

Marque  una o más.

- 1 No, ni hispano/a, latino/a, ni de origen español NotHisp
- 1 Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a Mexican
- 1 Sí, portorriqueño/a PuertoRican
- 1 Sí, cubano/a Cuban
- 1 Sí, de otro origen hispano/a, latino/a, o español OthHisp  
Hisp\_Cat



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

Marque  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 Samoa
- Otra raza de las islas del Pacífico OthPacIsl  
Race\_Cat2

O12. Se considera usted...

SexualOrientation

- Heterosexual
- Homosexual o gay o lesbiana
- Bisexual
- Otra cosa – especifique →   
SexualOrientation\_I

O13. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

TotalHousehold  
Número de personas



O14. 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)
<b>USTED MISMO/A</b> <i>SelfGender</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text" value="SelfAge"/>	<input type="text" value="SelfMOB"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adulto 2 <i>HHAdultGender2</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text" value="HHAdultAge2"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB2"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adulto 3 <i>HHAdultGender3</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text" value="HHAdultAge3"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB3"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adulto 4 <i>HHAdultGender4</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text" value="HHAdultAge4"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB4"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adulto 5 <i>HHAdultGender5</i>	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text" value="HHAdultAge5"/>	<input type="text" value="HHAdultMOB5"/>
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>

O15. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

*ChildrenInHH*

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

Número de niños menores de 18 años de edad

O16. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

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

O17. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- CellPhone*
- 1 Sí
  - 2 No

O18. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

- PhoneInHome*
- 1 Sí
  - 2 No



O19. 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
- 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

IncomeRanges

O20. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

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

Minutos

Horas

MailSurveyTimeMin

MailSurveyTimeHrs

O21. ¿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  
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.<sup>®</sup>)  
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

