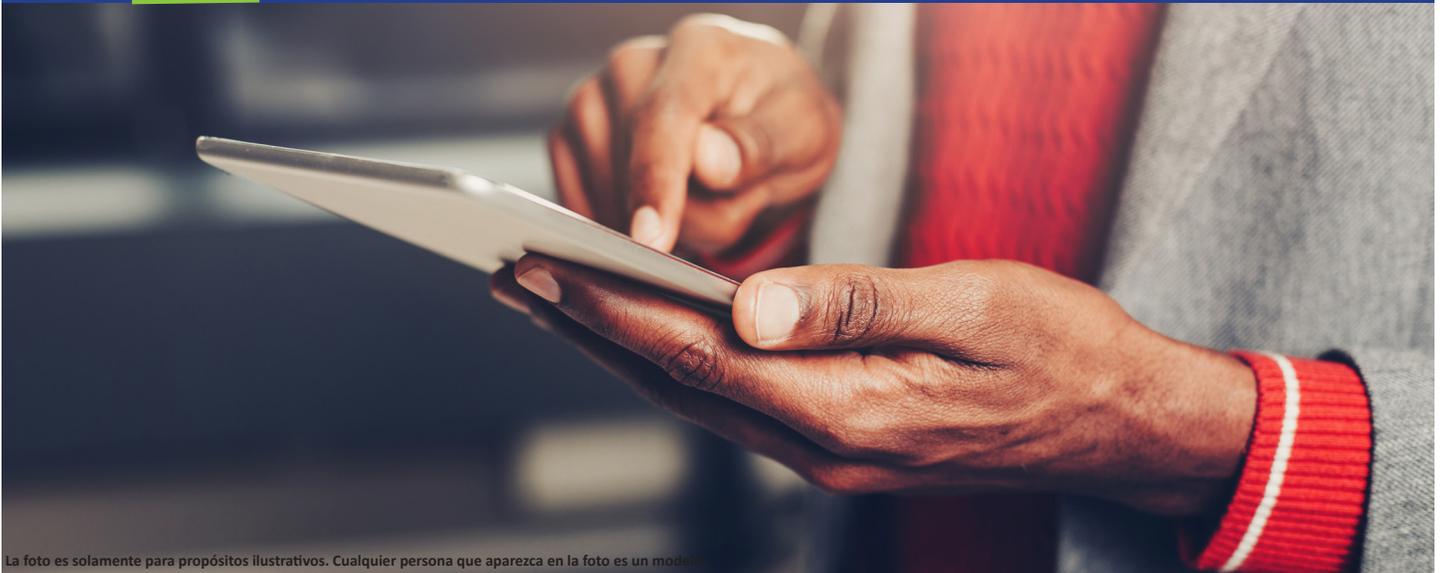




# Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



La foto es solamente para propósitos ilustrativos. Cualquier persona que aparezca en la foto es un modelo.

Spanish Annotated Instrument  
Commitment Statement, Extra Incentive Version

H7



Revised February 7, 2025 in accordance with the January 20, 2025 Executive Order titled "Defending Women From Gender Ideology Extremism and Restoring Biological Truth to the Federal Government." Questions [R2 and R3] have been redacted from this survey instrument.

COMIENZE  
AQUÍ:

### Instrucciones

- ▶ Por favor use una pluma con tinta negra o azul para completar este formulario.
- ▶ Marque  para indicar su respuesta.
- ▶ Si quiere cambiar alguna respuesta, marque con una  la respuesta incorrecta.

1. ¿En este hogar vive más de una persona de 18 años o mayor?

AdultsInHH

1 Sí

2 No → **PASE A LA PREGUNTA A1 de la página siguiente**

2. Contándose usted, ¿cuántas personas mayores de 18 años viven en este hogar?

MailHHAdults

--	--

3. **La persona adulta que tenga el próximo cumpleaños debe llenar este cuestionario.** Así, HINTS incluirá las respuestas de personas adultas de todas las edades a través de todos los hogares.

4. Por favor, escriba el nombre, el sobrenombre o las iniciales de la persona adulta que tenga el próximo cumpleaños. Esta persona es quien debe responder al cuestionario.

--

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



1. Sus respuestas a esta encuesta podrían influenciar los esfuerzos de comunicación y las políticas de salud pública sobre el cáncer, y por consecuencia afectar la vida de muchas personas de Estados Unidos. Para que los resultados de la encuesta sean lo más útiles posible, es importante que trate de ser tan preciso como pueda y que piense detenidamente en cada pregunta.

CommitmentStmt

¿Está dispuesto a hacerlo?

- 1 Sí
- 2 No

## A: La búsqueda de información sobre salud

- A1. ¿Alguna vez ha buscado información sobre el cáncer en cualquier fuente de consulta?

SeekCancerInfo

- 1 Sí
- 2 No → PASE A LA PREGUNTA A3 abajo

- A2. Según los resultados de su búsqueda más reciente de información sobre el cáncer, ¿qué tan de acuerdo o en desacuerdo está **con cada una** de las siguientes declaraciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Le requirió mucho esfuerzo obtener la información que necesitaba..... <i>CancerLotOfEffort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Sintió frustración durante su búsqueda de información..... <i>CancerFrustrated</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Le preocupaba la calidad de la información..... <i>CancerConcernedQuality</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. La información que encontró era difícil de entender..... <i>CancerTooHardUnderstand</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

- A3. En general, ¿cuánto confiaría en la información sobre el cáncer **de cada una** de las siguientes fuentes?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
a. Un médico..... <i>CancerTrustDoctor</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
b. Familiares o amigos..... <i>CancerTrustFamily</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
c. Agencias de salud del gobierno..... <i>CancerTrustGov</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
d. Organizaciones de beneficencia..... <i>CancerTrustCharities</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
e. Organizaciones religiosas y líderes religiosos..... <i>CancerTrustReligiousOrgs</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
f. Científicos..... <i>CancerTrustScientists</i>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

- A4. ¿Con qué frecuencia las recomendaciones de salud de los expertos parecen entrar en conflicto o contradecirse entre sí?

HealthRecsConflict

- 1 Nunca
- 2 Casi nunca
- 3 Con frecuencia
- 4 Con mucha frecuencia



A5. ¿Con qué frecuencia las recomendaciones de salud de los expertos parecen cambiar con el tiempo?

- HealthRecsChange*
- 1 Nunca
  - 2 Casi nunca
  - 3 Con frecuencia
  - 4 Con mucha frecuencia

## B: Uso de internet y tecnología

B1. ¿Con qué frecuencia usa Internet, ya sea en una computadora de escritorio, computadora portátil, teléfono inteligente o en cualquier otro dispositivo?

- FreqUseInternet*
- 1 Más de una vez al día
  - 2 Alrededor de una vez al día
  - 3 Pocas veces a la semana
  - 4 Menos de una vez a la semana
  - 5 Casi nunca
  - 6 Nunca → **PASE A LA PREGUNTA B5**

B2. Cuando entra a Internet, ¿lo hace mediante...?

	Sí	No
a. ¿Una red celular (4G / 5G / LTE)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. ¿Un servicio como DSL, cable, FiOS, Wi-Fi, o satélite?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

*Internet\_Cell2*  
*Internet\_HighSpeed2*

B3. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado Internet para atender alguna de las siguientes necesidades relacionadas con la salud?

	Sí	No
a. Buscar información médica o de salud.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Enviar un mensaje a un proveedor de atención médica o a su consultorio.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Ver resultados de análisis médicos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Pedir una cita con un proveedor de atención médica.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

*Electronic2\_HealthInfo*  
*Electronic2\_MessageDoc*  
*Electronic2\_TestResults*  
*Electronic2\_MadeAppts*

B4. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la conexión a Internet de su casa para atender necesidades relacionadas con la salud?

- InternetConnection*
- 1 Sumamente satisfecho(a)
  - 2 Muy satisfecho(a)
  - 3 Moderadamente satisfecho(a)
  - 4 No muy satisfecho(a)
  - 5 Nada satisfecho(a)

B5. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Me parece frustrante aprender a usar tecnología nueva..... <i>DigLit_Frustrating</i>	1	2	3	4
b. Puedo usar aplicaciones y programas (como Zoom) en mi teléfono celular, computadora, o en otro dispositivo electrónico por mi cuenta sin pedirle ayuda a nadie..... <i>DigLit_UseNoHelp</i>	1	2	3	4
c. Tengo habilidad para encontrar en Internet la información que necesito..... <i>DigLit_SearchSkills</i>	1	2	3	4

B6. En los últimos 12 meses, ¿cuáles de los siguientes dispositivos usó?

	Sí	No
a. Computadora de escritorio o portátil..... <i>UseDevice_Computer</i>	1	2
b. Teléfono inteligente..... <i>UseDevice_SmPhone</i>	1	2
c. Tableta..... <i>UseDevice_Tablet</i>	1	2
d. Reloj de pulsera inteligente u otro dispositivo electrónico portátil (como un reloj Apple o Fitbit)..... <i>UseDevice_SmWatch</i>	1	2

B7. En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguna aplicación electrónica de salud o bienestar en su tableta o teléfono inteligente?

- UsedHealthWellnessApps2*
- 1 Sí
  - 2 No
  - 3 No tengo aplicaciones de salud en mi tableta o teléfono inteligente
  - 4 No tengo ni tableta ni teléfono inteligente

B8. En los últimos 12 meses, ¿ha usado un dispositivo portátil (vestible) para controlar o registrar su salud o actividad? Por ejemplo, Fitbit, Apple Watch o Garmin Vivofit.

- WearableDevTrackHealth2*
- 1 Sí
  - 2 No, no en los últimos 12 meses → PASE A LA PREGUNTA B11
  - 3 Nunca he usado uno de estos dispositivos → PASE A LA PREGUNTA B11

B9. En el último mes, ¿con qué frecuencia usó un dispositivo portátil (vestible) para llevar un registro de su salud?

- FreqWearDevTrackHealth2*
- 1 Todos los días
  - 2 Casi todos los días
  - 3 1 o 2 veces por semana
  - 4 Menos de una vez por semana
  - 5 No usé ningún dispositivo ponible en el último mes

B10. ¿Estaría dispuesto(a) a compartir datos del dispositivo portátil (vestible) con el proveedor de atención médica que lo(a) atiende?

- WillingShareData\_HCP2*
- 1 Sí
  - 2 No



B11. Los dispositivos de monitoreo electrónico incluyen dispositivos electrónicos portátiles y otros como medidores de glucosa, monitores de presión arterial, etc.

¿Ha compartido datos de salud de **un dispositivo de monitoreo electrónico o de un teléfono inteligente** con un proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

SharedHealthDeviceInfo2

- 1 Sí
- 2 No
- 5 No corresponde. No tengo teléfono inteligente ni aparato de monitoreo electrónico

B12. A veces la gente entra a Internet a comunicarse con otras personas en línea a través de las redes sociales. Entre los ejemplos de sitios de redes sociales se incluyen Facebook, Twitter, TikTok, YouTube e Instagram.

**En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia hizo lo siguiente?**

	Casi todos los días	Al menos una vez por semana	Algunas veces al mes	Menos de una vez al mes	Nunca
a. Visitó un sitio web de redes sociales..... SocMed_Visited	1	2	3	4	5
b. Compartió información personal de salud en las redes sociales..... SocMed_SharedPers	1	2	3	4	5
c. Compartió información general relacionada con la salud en las redes sociales (por ejemplo, un artículo periodístico)..... SocMed_SharedGen	1	2	3	4	5
d. Interactuó en las redes sociales o en foros en línea con personas que tienen problemas médicos o de salud parecidos a los suyos..... SocMed_Interacted	1	2	3	4	5
e. Vio un video relacionado con la salud en un sitio web de redes sociales (por ejemplo, YouTube)..... SocMed_WatchedVid	1	2	3	4	5

B13. ¿Cuánta información de salud que ve en las redes sociales cree que es falsa o engañosa?

MisleadingHealthInfo

5 No uso las redes sociales → PASE A LA PREGUNTA C1

- 4 Ninguna
- 3 Un poco
- 2 Algo
- 1 Mucha

B14. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Uso información de las redes sociales para tomar decisiones sobre mi salud..... SocMed_MakeDecisions	1	2	3	4
b. Uso información de las redes sociales en conversaciones con el proveedor de atención médica que me atiende..... SocMed_DiscussHCP	1	2	3	4
c. Me resulta difícil saber si la información de salud de las redes sociales es verdadera o falsa..... SocMed_TrueOrFalse	1	2	3	4
d. La mayoría de las personas que están en mis redes sociales tienen las mismas opiniones que yo tengo acerca de la salud..... SocMed_SameViews	1	2	3	4

34654



## C: Su atención médica

C1. ¿Tiene cobertura de algún tipo de seguro o plan de salud, incluido el seguro patrocinado por un empleador, planes prepagados o planes del gobierno como Medicare, Medicaid o TRICARE?

- HealthInsurance2 1 Sí
- 2 No

C2. **En los últimos 12 meses**, sin contar las veces en que fue a una sala de urgencias, ¿cuántas veces fue a ver a un médico, una enfermera u otro proveedor de atención médica en busca de atención médica para usted?

- FreqGoProvider 0 Ninguna → **PASE A LA PREGUNTA C7 DE LA PÁGINA SIGUIENTE**
- 1 1 vez
- 2 2 veces
- 3 3 veces
- 4 4 veces
- 5 Entre 5-9 veces
- 6 10 veces o más

C3. En general, ¿cómo calificaría la calidad de la atención médica que recibió **en los últimos 12 meses**?

- QualityCare 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

C4. Las siguientes preguntas se refieren a la comunicación que tuvo con todos los médicos, las enfermeras u otros proveedores de atención médica a quienes vio durante **los últimos 12 meses**.

¿Con qué frecuencia estas personas hicieron cada una de las siguientes cosas?

	Siempre	Usualmente	Algunas veces	Nunca
a. Le dieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que usted tenía relacionadas con la salud..... <small>ChanceAskQuestions</small>	1	2	3	4
b. Le dieron la atención que requerían sus sentimientos y emociones..... <small>FeelingsAddressed</small>	1	2	3	4
c. Le involucraron en las decisiones sobre su salud tanto como deseaba..... <small>InvolvedDecisions</small>	1	2	3	4
d. Se aseguraron de que entendiera las cosas que tenía que hacer para cuidar de su salud..... <small>UnderstoodNextSteps</small>	1	2	3	4
e. Le explicaron las cosas en una forma en que usted las entendiera..... <small>ExplainedClearly</small>	1	2	3	4
f. Pasaron suficiente tiempo con usted..... <small>SpentEnoughTime</small>	1	2	3	4
g. Le ayudaron a lidiar con sentimientos de incertidumbre sobre su salud o su atención médica..... <small>HelpUncertainty</small>	1	2	3	4



C5. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo que esperar los resultados de pruebas médicas por más tiempo de lo que le pareció era razonable?

ProbCare\_WaitLong2

- 1 Sí
- 2 No

C6. En los últimos 12 meses, al recibir atención por un problema médico, ¿tuvo que volverse a hacer una prueba porque los resultados de la prueba anterior no estaban disponibles?

ProbCare\_RedoTest

- 1 Sí
- 2 No

C7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia habló con un médico, enfermera o con otro profesional médico sobre cualquier información de salud que encontró en Internet?

TalkedDoctor2

- 1 Nunca → **PASE A LA PREGUNTA C10**
- 2 1 o 2 veces
- 3 Más de 2 veces

C8. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones?

En los últimos 12 meses, cuando hablé con un profesional médico sobre información que encontré en internet...

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Se mostró dispuesto a hablar conmigo sobre la información..... DocOpenToInfo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Respetó lo que dije..... DocRespectedInfo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

C9. Como resultado de hablar con mi médico, enfermera u otro profesional médico sobre la información médica de Internet, nuestra interacción se volvió...

DocInteraction

- 1 Mucho peor
- 2 Un poco peor
- 3 No afectó nuestra interacción
- 4 Un poco mejor
- 5 Mucho mejor

C10. ¿Qué tan seguro(a) se siente de poder llenar formularios médicos sin ayuda?

ConfidentMedForms

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



C11. ¿Cuánto confía en el sistema de salud (por ejemplo, hospitales, farmacias y otras organizaciones involucradas en los cuidados de salud)?

TrustHCSytem

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

C12. ¿Alguna vez le han tratado de manera injusta o le han discriminado al recibir atención médica?

DiscriminatedMedCare2

- 1 Sí
- 2 No

C13. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia recibió la ayuda que necesitaba del **consultorio de su proveedor de atención primaria** para coordinar su atención entre diferentes proveedores y servicios?

ManageMultipleProviders

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No necesité ayuda para coordinar mi atención
- 6 No visité a un proveedor de atención primaria → **PASE A LA PREGUNTA D1**

C14. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal del consultorio de su proveedor de atención primaria pareció informado y actualizado sobre la atención que recibió de otros proveedores de atención médica?

UpToDateMultiProv

- 1 Nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Usualmente
- 4 Siempre
- 5 No corresponde



## D: La Telesalud

D1. Una consulta de telesalud es una cita por teléfono o video con un médico o profesional de la salud.

En los últimos 12 meses, ¿recibió atención de un médico o proveedor de salud por **telesalud**?

- ReceiveTelehealthCare
- 1 Sí, por video
  - 2 Sí, por teléfono (voz solamente, sin video)
  - 3 Sí, algunas veces por video y otras por llamada telefónica
  - 4 No he tenido consultas de telesalud en los últimos 12 meses

**PASE A LA PREGUNTA D3**

D2. Si no ha usado telesalud en los últimos 12 meses, ¿cuál es la principal razón?

Marque **solo una**.

- NoTelehealth
- 1 No necesité visitar a un médico ni a un profesional médico
  - 2 Necesitaba un examen o prueba que solo se podía hacer en persona
  - 3 No me ofrecieron telesalud
  - 4 No sabía cómo usar la telesalud
  - 5 Preferí ver en persona a un médico o a un profesional médico
  - 6 Me preocupó la privacidad de mis datos de salud personal
  - 7 Mi Internet o datos de mi teléfono costaban demasiado
  - 8 Mi seguro no cubría telesalud o yo no podía pagarla
  - 91 Otra razón → Especifique

NoTelehealth\_OS

NoTelehealth\_IMP



**Si no ha tenido una consulta de telesalud en los últimos 12 meses, pase a la pregunta D6...**

**De lo contrario, pase a la pregunta D3**



D3. ¿Cuáles son las razones por las que eligió una o más citas de telesalud para usted?

Marque **en todo lo que aplique**.

- El proveedor de atención médica recomendó o requirió que la visita fuera por telesalud  
*Telehealth\_HCPRecommended*
- Quería saber si necesitaba atención médica en persona  
*Telehealth\_WantedAdvice*
- Quería evitar una posible infección en el consultorio del médico o en el hospital (por ejemplo, COVID-19 o gripe)  
*Telehealth\_AvoidExposure*
- Fue más conveniente que ir con el médico o con el profesional médico (por ejemplo, menos tiempo de viaje o tiempo de espera)  
*Telehealth\_Convenient*
- Necesitaba ver a un profesional médico que no estaba disponible en mi área (por ejemplo, una segunda opinión de un especialista de otro estado)  
*Telehealth\_AddtlHCP*
- Podía incluir a mi familia o a otros cuidadores en mi cita *Telehealth\_IncludeOthers*
- Otra razón → Especifique *Telehealth\_Other*  
*Telehealth\_Other\_OS*

*TelehealthReasons\_Cat*

D4. En general, ¿qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones sobre sus consultas de telesalud?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Tuve problemas técnicos en las consultas de telesalud (por ejemplo, dificultad para usar la tecnología, o problemas para ver u oír al proveedor de atención médica que me atiende).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Telehealth_TechProbs</i>				
b. La atención de telesalud que recibí fue tan buena como una consulta regular en persona.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Telehealth_GoodCare</i>				
c. La telesalud hizo que me fuera más fácil recibir atención cuando y donde la necesitaba.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Telehealth_EasyCare</i>				
d. Yo le recomendaría a otra persona que usara la telesalud.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<i>Telehealth_Recommend</i>				

D5. ¿Cuál fue el motivo principal de su visita de telesalud **más reciente**?

Marque **solo una**.

- La consulta anual o una cita de seguimiento  
*RecentTelehealthReason2*
- Atención aguda de una enfermedad leve (por ejemplo, fiebre, sinusitis)
- Por control de mi condición de salud o enfermedad crónica (por ejemplo, presión arterial alta, diabetes, enfermedad del corazón, obesidad, cáncer)
- Por salud mental, problemas de comportamiento o de abuso de sustancias (por ejemplo, depresión, ansiedad, abuso de drogas o alcohol)
- Rehabilitación física (terapia física, terapia ocupacional, patología del habla y del lenguaje)
- Otra razón → Especifique *RecentTelehealthReason2\_OS*

*RecentTelehealthReason2\_IMP*

D6. ¿Qué tan dispuesto(a) está a hacer una visita por telesalud en el futuro si se la ofrecen?

- Muy dispuesto(a)  
*WillingUseTelehealth*
- Algo dispuesto(a)
- No muy dispuesto(a)
- Nada dispuesto(a)



## E: El historial médico

A continuación, le haremos algunas preguntas sobre los reportes médicos en línea. Los reportes médicos en línea, también conocidos como portales del paciente, son sitios web seguros que permiten a las personas acceder a sus reportes médicos y comunicarse con los proveedores de atención médica mediante una computadora o una aplicación (app) de salud en un teléfono inteligente o tableta.

E1. ¿Alguna vez le ha ofrecido acceso en línea a sus reportes médicos (por ejemplo, un portal de pacientes) por su...

	Sí ↓	No ↓	No sé ↓
a. Proveedor de atención médica que le atiende..... <small>OfferedAccessHCP3</small>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Compañía de seguro médico..... <small>OfferedAccessInsurer3</small>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

E2. ¿Alguno de sus proveedores de atención médica, incluidos doctores, enfermeros o personal del consultorio, alguna vez le alentó a utilizar un reporte médico en línea o un portal para pacientes?

- HCPEncourageOnlineRec2
- 1 Sí
- 2 No

E3. Para la siguiente serie de preguntas, piense en el reporte médico en línea o en el portal del paciente que le ofrece un **proveedor de atención médica o una compañía de seguro de salud**.

¿Cuántas veces accedió a su reporte médico en línea o al portal del paciente en los últimos 12 meses?

- AccessOnlineRecord3
- 0 0 → **PASE A LA PREGUNTA E7 DE LA PÁGINA SIGUIENTE**
- 1 1 o 2 veces
- 2 Entre 3 y 5 veces
- 3 Entre 6 y 9 veces
- 4 10 veces o más

E4. ¿Cómo accedió a su reporte médico en línea o al portal del paciente?

- HowAccessOnlineRecord2
- 1 A través de una aplicación electrónica (app)
- 2 Por el sitio web
- 3 Por ambos, aplicación (app) y sitio web
- 4 No sé

E5. En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado su reporte médico en línea o en el portal del paciente para lo siguiente?

	Sí ↓	No ↓
a. Ver los resultados de los análisis..... <small>RecordsOnline2_ViewResults</small>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Ver notas clínicas (los apuntes de un proveedor de atención médica que describen su visita)..... <small>RecordsOnline2_ViewNotes</small>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

E6. ¿Qué tan fácil o difícil fue comprender la información de salud en su reporte médico en línea o en el portal del paciente?

UnderstandOnlineMedRec2

- 1 Muy fácil
- 2 Moderadamente fácil
- 3 Moderadamente difícil
- 4 Muy difícil

E7. ¿Con cuál de las siguientes organizaciones / proveedores tiene un reporte médico en línea o un portal del paciente? Su reporte médico podría incluir tipos específicos de datos de salud, como reclamos de seguros, información de recetas y resultados de pruebas de laboratorio.

Marque en todo lo que aplique.

- 1 El consultorio de mi médico primario(a)  
OnlinePortal\_PCP
- 1 Otros proveedores de atención médica, como un especialista, un consejero o un dentista  
OnlinePortal\_OthHCP
- 1 La empresa de mi seguro de salud  
OnlinePortal\_Insurer
- 1 El laboratorio clínico que realiza los análisis  
OnlinePortal\_Lab
- 1 La farmacia  
OnlinePortal\_Pharmacy
- 1 Hospital  
OnlinePortal\_Hospital
- 1 No tengo reportes médicos en línea ni portal del paciente  
OnlinePortal\_NoRec  
OnlinePortal\_Cat

E8. ¿Alguna vez ha utilizado una aplicación como "Apple Health Records" o "CommonHealth" para combinar en un solo lugar su información médica de diferentes portales del paciente o reportes médicos en línea?

UsedPortalOrganizerApp

- 1 Sí
- 2 No

E9. En los últimos 12 meses, ¿se le dio la opción de decidir si quería o no recibir los resultados de una prueba antes de que su proveedor de atención médica pudiera hablar sobre ellos con usted?

OptionResultsBeforeHCP

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé

E10. En los últimos 12 meses, ¿vio los resultados de un análisis disponibles para usted a través de su expediente médico en línea o portal para el paciente **antes** de que su proveedor de atención médica se los dijera?

LookResultsBeforeHCP

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No me hice ninguna prueba médica en los últimos 12 meses

→ PASE A LA PREGUNTA F1 EN LA SIGUIENTE PÁGINA

E11. ¿Qué tan bien entendió lo que mostraron los resultados del análisis y lo que significaron para su atención?

UnderstandResultsBeforeHCP

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 Un poco bien
- 4 Mal



## F: Cuidados paliativos y provisión de cuidados

F1. ¿Cómo describiría su nivel de conocimiento sobre cuidados paliativos?

- KnowledgePalliativeCare
- 1 Nunca he oído hablar de eso → **PASE A LA PREGUNTA F3**
  - 2 Sé un poco sobre cuidados paliativos
  - 3 Sé lo que es cuidado paliativo y podría explicárselo a otra persona

F2. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con la siguiente declaración acerca del cuidado paliativo?

Si acepta cuidados paliativos, debe suspender otros tratamientos

- PCStopTreatments2
- 1 Totalmente de acuerdo
  - 2 Algo de acuerdo
  - 3 Algo en desacuerdo
  - 4 Totalmente en desacuerdo
  - 5 No sé

F3. ¿Actualmente está cuidando o tomando decisiones sobre el cuidado médico de alguien con **una discapacidad o una condición médica, conductual o de otro tipo**?

Marque en todo lo que aplique.

- 1 Sí, a uno de mis padres o ambos  
Caregiving2\_Parent
- 1 Sí, a mi esposo(a) o pareja  
Caregiving2\_Spouse
- 1 Sí, a uno o varios hijos(s) que necesita(n) cuidados especiales debido a una condición médica o a una discapacidad  
Caregiving2\_Child2
- 1 Sí, a otro miembro de la familia  
Caregiving2\_AnotherFam
- 1 Sí, a un amigo u otra persona que no es mi pariente  
Caregiving2\_Friend
- 1 No → **Pase a la pregunta G1**  
Caregiving2\_No  
CaregivingWho2\_Cat

F4. ¿Proporciona alguno de estos cuidados profesionalmente como parte de un trabajo (por ejemplo, como enfermero(a) o asistente profesional de salud en el hogar)?

- Caregiving\_Professional
- 1 Sí
  - 2 No

F5. Piense en la persona a la que **actualmente le brinda los mayores cuidados**.

Por favor, **marque todas** las condiciones por las que ha brindado cuidados a esta persona.

Marque en todo lo que aplique.

- 1 Cáncer  
Caregiving2\_Cancer
- 1 Alzheimer, confusión, demencia, problemas de la memoria, lesión cerebral, accidente cerebrovascular u otro problema neurológico  
Caregiving2\_AlzNeuro
- 1 Un estado grave, pero a corto plazo, como la recuperación después de una operación o de una lesión  
Caregiving2\_ShortTerm
- 1 Una enfermedad prolongada, como presión arterial alta o hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón  
Caregiving2\_LongTerm
- 1 Dificultad para moverse, por ejemplo, un problema ortopédico, osteomuscular o relacionado con la edad  
Caregiving2\_OrthoAging
- 1 Un problema de salud mental, abuso de sustancias, o un problema intelectual o de desarrollo  
Caregiving2\_MentalHealth2
- 1 Otro → Especifique   
Caregiving2\_Other OS
- 1 No estoy seguro(a) / No sé

Caregiving2\_NotSure  
CaregivingCond2\_Cat



F6. Piense en la persona a quien **actualmente le brinda los mayores cuidados**. ¿Cuántas veces accedió al reporte médico en línea de esa persona en los últimos 12 meses?

- Caregiving\_AccessMedRec2  
5 La persona que recibe cuidados no tiene un reporte médico en línea
- 0 Ninguna vez
- 1 1 o 2 veces
- 2 Entre 3 y 5 veces
- 3 Entre 6 y 9 veces
- 4 10 veces o más

## G: Las pruebas genéticas

G1. Los genes se heredan de los padres y se transmiten de una generación a la siguiente a través del árbol genealógico. Las pruebas genéticas pueden determinar su composición genética.

¿Cuáles de los siguientes tipos de pruebas genéticas **se ha hecho**?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 **Pruebas sobre la ascendencia** para saber de dónde vienen usted y sus familiares (por ejemplo, pruebas que ofrecen compañías como Ancestry o 23andMe)  
HadTest3\_Ancestry2
- 1 **Pruebas de rasgos personales** para saber si tiene genes vinculados a determinadas características, como disfrutar del sabor del cilantro (por ejemplo, pruebas que ofrecen compañías como Ancestry o 23andMe)  
HadTest3\_PersonalTrait
- 1 **Pruebas específicas para saber qué riesgo corre de sufrir ciertas enfermedades**, como cáncer de mama, cáncer de colon, enfermedad cardiovascular, diabetes, demencia o enfermedad de Alzheimer  
HadTest3\_SpecificDisease
- 1 **Pruebas genéticas prenatales de detección de portadores** para determinar el riesgo que corren un hombre y una mujer de tener un bebé con ciertas enfermedades, como fibrosis quística o enfermedad de Tay-Sachs  
HadTest3\_Prenatal
- 1 Otro → Especifique   
HadTest3\_Other\_OS
- 1 No estoy seguro(a) de qué tipo de prueba genética me han hecho → **PASE A LA PREGUNTA H1**  
HadTest3\_NotSure
- 1 No me he hecho ninguna prueba genética → **PASE A LA PREGUNTA H1**  
HadTest3\_NotHad  
HadTest3\_Cat

G2. ¿Cuáles fueron las razones por las que se hizo una prueba genética?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Por recomendación del médico  
ReasonTest\_DocRec
- 1 Para entender la ascendencia de mi familia  
ReasonTest\_UnderstandFam
- 1 Para encontrar parientes  
ReasonTest\_FindFam
- 1 Para aprender más acerca de las características personales en las que puede influir la genética  
ReasonTest\_PersTraits
- 1 Para aprender más acerca del riesgo que corro de sufrir ciertas enfermedades (por ejemplo, cáncer o enfermedad cardiovascular)  
ReasonTest\_DiseaseRisk
- 1 Para entender cosas como la mejor alimentación para mí  
ReasonTest\_LearnStrategies
- 1 Para pruebas prenatales, por ejemplo, detección de portadores  
ReasonTest\_Prenatal
- 1 Recibí la prueba como un regalo  
ReasonTest\_Gift
- 1 Otra → Especifique   
ReasonTest\_Other\_OS  
ReasonTest\_Cat

G3. En general, ¿qué tan seguro(a) está de que los resultados de las pruebas genéticas son correctos y exactos?

ConfidentTestAccurate

- 1 Totalmente seguro(a)
- 2 Muy seguro(a)
- 3 Moderadamente seguro(a)
- 4 Moderadamente inseguro(a)
- 5 Nada seguro(a)

G4. Si le hicieron una prueba genética, ¿con quién pensó que el laboratorio que hizo su prueba genética compartiría los resultados?

Marque en todo lo que le aplique.

- 1 Mi proveedor médico  
LabShare2\_HCP
- 1 Investigadores científicos con propósitos de investigación  
LabShare2\_ScientificRes
- 1 Otras compañías con fines de lucro para propósitos comerciales, como compañías farmacéuticas o compañías que recopilan datos y los venden  
LabShare2\_ForProfitCo2
- 1 Agencias del cumplimiento de la ley  
LabShare2\_LEAgencies
- 1 Compañías de seguros médicos  
LabShare2\_HealthIns
- 1 Compañías de seguros de vida, incapacidad o de cuidado a largo plazo  
LabShare2\_OthIns
- 1 No estaba seguro con quién compartiría mis resultados el laboratorio  
LabShare2\_NotSure
- 1 No pensé que los resultados de mis pruebas genéticas se compartirían con alguien que no fuera yo  
LabShare2\_NotShared  
LabShare2\_Cat

## H: Estudios clínicos

H1. Los estudios clínicos son investigaciones que se realizan con personas. Están diseñados para comparar tipos nuevos de atención médica con la atención médica estándar que actualmente reciben las personas, a fin de aprender si son mejores, o saber sus efectos secundarios. Los estudios clínicos podrían probar un nuevo tipo de medicamento o un nuevo programa de ejercicios que ayudara a los pacientes a vivir más.

¿Cuál de lo siguiente describe mejor su experiencia con los estudios clínicos?

Marque **solo una**.

ExpClinTrial

- 1 Nunca he hablado sobre la participación en un estudio clínico con un proveedor médico.
- 2 Hablé sobre la participación en un estudio clínico con un proveedor médico, pero decidí no participar
- 3 Hablé sobre la participación en un estudio clínico con un proveedor médico, pero no reuní los requisitos para participar
- 4 Participé en un estudio clínico
- 5 No sé/No recuerdo

H2. Imagine que tuviera un problema de salud y que lo invitaran a participar en un estudio clínico sobre ese problema. ¿Cuál de lo siguiente influenciaría más su decisión de participar en el estudio clínico?

Marque **hasta 3**.

- 1 Si mi participación ayudara a otras personas  
*ClinTrials2\_HelpingPeople*
- 1 Si recibiera pago u otra asistencia por participar, como transporte, cuidado infantil o tiempo libre pagado del trabajo  
*ClinTrials2\_ReceiveComp*
- 1 Si mi médico me alentara a participar  
*ClinTrials2\_DocEncouraged*
- 1 Si mi familia y mis amigos me alentaran a participar  
*ClinTrials2\_FamEncouraged*
- 1 Si probar una nueva clase de atención me diera una oportunidad para mejorar mi salud  
*ClinTrials2\_GetBetter*
- 1 Si la participación en el estudio no trastornara mi vida cotidiana  
*ClinTrials2\_NotDisruptive*
- 1 No estaría dispuesto a participar en un estudio clínico  
*ClinTrials2\_NotWilling*  
*ClinTrials2\_Cat*

H3. ¿Qué tanto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente afirmación?

**Las personas deberían desconfiar de los estudios clínicos**

- 1 Totalmente de acuerdo  
*SusClinTrial*
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 Algo en desacuerdo
- 5 Totalmente en desacuerdo

## I: Su salud general

I1. En general, ¿cómo calificaría su salud?

- 1 Excelente  
*GeneralHealth*
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

I2. En general, ¿qué tan seguro(a) está de su capacidad para cuidar bien de su salud?

- 1 Totalmente seguro(a)  
*OwnAbilityTakeCareHealth*
- 2 Muy seguro(a)
- 3 Moderadamente seguro(a)
- 4 Moderadamente inseguro(a)
- 5 Nada seguro(a)

I3. ¿Tiene amigos o familiares con quienes habla acerca de su salud?

- 1 Sí  
*TalkHealthFriends*
- 2 No



14. ¿Algo de lo siguiente limita significativamente sus actividades diarias?

	Sí	No
a. Sordera o graves dificultades para oír..... <i>HealthLimits_Deaf</i>	1	2
b. Deficiencia visual o ceguera..... <i>HealthLimits_Blind</i>	1	2
c. Limitaciones físicas o de movilidad permanentes o de largo plazo..... <i>HealthLimits_Mobility</i>	1	2
d. Dolor crónico..... <i>HealthLimits_Pain</i>	1	2

15. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho alguna vez que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

	Sí	No
a. Diabetes o azúcar alta en la sangre..... <i>MedConditions_Diabetes</i>	1	2
b. Presión arterial alta o hipertensión..... <i>MedConditions_HighBP</i>	1	2
c. Un problema del corazón, como ataque cardíaco, angina o insuficiencia cardíaca congestiva..... <i>MedConditions_HeartCondition</i>	1	2
d. Enfermedad pulmonar crónica, asma, enfisema o bronquitis crónica..... <i>MedConditions_LungDisease</i>	1	2
e. Depresión o trastorno de ansiedad..... <i>MedConditions_Depression</i>	1	2

16. ¿Aproximadamente cuál es su altura sin zapatos?

Pies y  Pulgadas

*Height\_Feet, Height\_Inches*

17. ¿Aproximadamente cuál es su peso sin zapatos?

Libras

*Weight*

18. Durante los últimos 30 días, ¿cuántas horas durmió normalmente en un período de 24 horas?

a. En un día de semana?  Número de horas  
*SleepWeekdayHr*

b. En un día de fin de semana?  Número de horas  
*SleepWeekendHr2*

19. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?

	Casi todos los días	Más de la mitad de los días	Varios días	Nunca
a. Ha tenido poco interés o placer al hacer cosas..... <i>LittleInterest</i>	1	2	3	4
b. Me he sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas..... <i>Hopeless</i>	1	2	3	4
c. Me he sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta..... <i>Nervous</i>	1	2	3	4
d. No he podido dejar de preocuparme ni controlar las preocupaciones..... <i>Worrying</i>	1	2	3	4

34654



I10. Responda a cada pregunta marcando un espacio por línea.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a. Me siento excluido(a)..... <i>FeelLeftOut</i>	5	4	3	2	1
b. Siento que la gente apenas me conoce..... <i>FeelPeopleBarelyKnow</i>	5	4	3	2	1
c. Me siento aislado(a) de los demás..... <i>FeelIsolated</i>	5	4	3	2	1
d. Siento que las personas están a mi alrededor pero no conmigo.... <i>FeelPeopleNotWithMe</i>	5	4	3	2	1

I11. **En una semana típica**, ¿cuántos días realiza alguna actividad física o ejercicio de intensidad al menos moderada, como caminar a paso ligero, andar en bicicleta a un ritmo regular y nadar a un ritmo regular (no incluya el levantar pesas)?

0 Ninguno → Pase a la pregunta I13  
*TimesModerateExercise*

- 1 1 día a la semana
- 2 2 días a la semana
- 3 3 días a la semana
- 4 4 días a la semana
- 5 5 días a la semana
- 6 6 días a la semana
- 7 7 días a la semana

I12. En los días en que realiza alguna actividad física o ejercicio que sea por lo menos de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele hacer estas actividades?

*HowLongModerateExerciseMinutes*  
Minutos de actividad física al día

I13. **En una semana típica**, fuera de su trabajo o quehaceres en casa, ¿cuántos días realiza actividades físicas de tiempo libre diseñadas específicamente para fortalecer sus músculos, como levantar pesas o entrenar en circuito (no incluya ejercicios cardiovasculares como caminar, andar en bicicleta, o nadar)?

- 0 Ninguno  
*TimesStrengthTraining*
- 1 1 día a la semana
  - 2 2 días a la semana
  - 3 3 días a la semana
  - 4 4 días a la semana
  - 5 5 días a la semana
  - 6 6 días a la semana
  - 7 7 días a la semana

I14. Durante los últimos 7 días, ¿cuánto tiempo pasó sentado(a) en un día típico en casa o en el trabajo? Esto puede incluir el tiempo que pasa sentado(a) en un escritorio, visitando a amigos, leyendo, conduciendo o viajando en un automóvil, o sentado(a) o acostado(a) viendo televisión.

*AverageTimeSitting*  
Horas sentado(a) al día



## J: Medio ambiente y salud

J1. ¿Cuánto cree que el cambio climático perjudicará su salud?

- ClimateChgHarmHealth*
- 1 Mucho
  - 2 Algo
  - 3 Un poco
  - 4 Nada
  - 5 No sé

J2. Si piensa en su vecindario, ¿cuánto ha sido afectado por eventos climáticos extremos (como tormentas intensas, sequías, inundaciones, olas de calor, olas de frío, etc.) en los últimos 12 meses?

- ExtremeWeatherEvents*
- 1 Mucho
  - 2 Algo
  - 3 Un poco
  - 4 Nada

J3. ¿Cuánto le preocupa que cada uno de lo siguiente vaya a perjudicar su salud?

	Nada	Un poco	Algo	Mucho
a. Contaminación del aire exterior.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>HarmHealth_OutdoorAir</i>				
b. Contaminación del aire interior.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
<i>HarmHealth_IndoorAir</i>				

J4. Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha tenido una quemadura del sol (incluso en una pequeña parte de su piel que se enrojece o duele durante 12 horas o más) debido a una exposición excesiva al sol? *TimesSunburned*

--	--	--

Quemaduras de sol en los últimos 12 meses

→ (Sí 0, entonces PASE A LA PREGUNTA K1)

J5. En la vez más reciente en que se quemó por el sol, ¿Qué estaba haciendo cuando se quemó?

Marque **en todo lo que aplique.**

- 1 Realizando su trabajo  
*Sunburned\_JobOutside*
- 1 Trabajando al aire libre en su propia casa o en la casa de un familiar o amigo  
*Sunburned\_HomeOutside*
- 1 Tomando el sol  
*Sunburned\_Sunbathing*
- 1 Nadando  
*Sunburned\_Swimming*
- 1 Haciendo ejercicio (corriendo, caminando por el campo, practicando deportes) (sin incluir la natación)  
*Sunburned\_Exercise*
- 1 Viendo un evento deportivo  
*Sunburned\_SportingEvent*
- 1 Asistiendo a un evento o lugar al aire libre (un concierto, el zoológico, una feria, etc.)  
*Sunburned\_OutdoorEvent*
- 1 Haciendo las actividades cotidianas  
*Sunburned\_DayToDay*
- 1 Otra cosa  
*Sunburned\_Other*
- 1 No sé  
*Sunburned\_DK*
- SunburnedAct\_Cat*

J6. ¿Estaba haciendo alguna de las siguientes cosas alguna de las veces en que se quemó por el sol?

	Sí ↓	No ↓
a. Bebiendo alcohol..... <i>Sunburned_Alcohol2</i>	1	2
b. Consumiendo marihuana o algún producto derivado de la marihuana..... <i>Sunburned_Marijuana</i>	1	2

## K: Asuntos económicos

K1. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sucedió lo siguiente?

	Con mucha frecuencia esto es cierto ↓	Con frecuencia esto es cierto ↓	Algunas veces esto es cierto ↓	Raramente esto es cierto ↓	Esto nunca es cierto ↓
a. Alguien que vive en su hogar redujo el tamaño de las comidas o se saltó comidas porque no había suficiente dinero para alimentos..... <i>CutSkipMeals2</i>	1	2	3	4	5
b. Alguien en su hogar no tenía dinero suficiente para consumir comidas balanceadas..... <i>CannotAffordMeals2</i>	1	2	3	4	5
c. Alguien en su hogar estaba preocupado por verse obligado a mudarse (por ejemplo, debido a un desalojo o una ejecución hipotecaria) ..... <i>WorryForcedMove2</i>	1	2	3	4	5
d. La falta de transporte confiable impidió que alguien en su hogar acudiera a las citas médicas, al trabajo o a obtener las cosas necesarias para la vida diaria..... <i>LackTransportation2</i>	1	2	3	4	5
e. Usted o alguien de su casa tuvo dificultad o no pudo pagar facturas médicas) ..... <i>DiffPayMedBills</i>	1	2	3	4	5

K2. Si tuviera problemas de vivienda, transporte o para pagar o conseguir alimentos saludables, ¿qué tan cómodo se sentiría que sus proveedores de atención médica hicieran lo siguiente?

	Muy cómodo(a) ↓	Moderadamente cómodo(a) ↓	Moderadamente incoómodo(a) ↓	Muy incoómodo(a) ↓
a. Documentar el problema en sus expedientes médicos para propósitos de atención médica?..... <i>FinIssues_HCPDocumenting</i>	1	2	3	4
b. Compartir su información sobre estos problemas con otros proveedores para propósitos de su atención médica?..... <i>FinIssues_HCPSharing</i>	1	2	3	4



## L: Salud y nutrición

L1. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come **cada día**?

- Fruit2**
- 0 Ninguna
  - 1 ½ taza o menos
  - 2 De ½ taza a menos de una 1 taza
  - 3 De 1 a menos de 2 tazas
  - 4 De 2 a menos de 3 tazas
  - 5 De 3 a menos de 4 tazas
  - 6 4 tazas o más

1 taza de fruta puede ser:

- 1 manzana pequeña
- 1 banana 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

L2. ¿Aproximadamente cuántas tazas de verduras (incluyendo jugo de verduras puro al 100%) toma o come usted **cada día**?

- Vegetables2**
- 0 Ninguna
  - 1 ½ taza o menos
  - 2 De ½ taza a menos de una 1 taza
  - 3 De 1 a menos de 2 tazas
  - 4 De 2 a menos de 3 tazas
  - 5 De 3 a menos de 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

L3. MyPlate fue preparado por el gobierno de EE. UU. para compartir con el público cómo seguir un estilo de alimentación saludable y dar orientación sobre el tamaño de las porciones en las comidas. ¿Ha intentado seguir las recomendaciones del plan MyPlate? Diría que...

- FollowMyPlate**
- 1 Sí, conozco el plan MyPlate y he tratado de seguir las recomendaciones
  - 2 Conozco el plan MyPlate pero no he tratado de seguir las recomendaciones
  - 3 No, nunca he oído hablar del plan MyPlate

L4. Las **comidas preparadas** incluyen comidas listas para comer de una charcutería, bar de comida caliente o bar de ensaladas, así como alimentos envasados como comidas congeladas y productos enlatados.

Si piensa en la última vez que compró una **comida preparada** en la tienda, ¿usó la información sobre las calorías para decidir qué comprar?

- PreparedMeal\_CalInfo**
- 1 Sí
  - 2 No
  - 3 No me fijé en la información sobre las calorías de la última comida preparada que compré
  - 4 No compro comidas preparadas

## M: Alcohol

M1. Los siguientes son ejemplos de una bebida alcohólica:



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

DrinkDaysPerMonth

Días al mes

(Si la respuesta es 0, pase la pregunta M4 abajo)

M2. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebió una bebida alcohólica, ¿aproximadamente cuántas bebidas alcohólicas tomó en promedio?

DrinksPerDay2

Bebidas al día en promedio

M3. **Para hombres:** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

**Para mujeres:** En los últimos 30 días, ¿cuántas veces tomó 4 o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

DrinksOneOccasion

- 1 Nunca
- 2 1 o 2 veces
- 3 Entre 3 y 5 veces
- 4 Entre 6 y 10 veces
- 5 11 veces o más

M4. En su opinión, ¿cómo el consumo de alcohol afecta el riesgo de presentar cáncer?

Alcohol\_CancerRisk

- 1 Disminuye el riesgo de cáncer
- 2 No tiene efecto en el riesgo de cáncer
- 3 Aumenta el riesgo de cáncer
- 4 No sé



M5. ¿En qué medida estaría usted a favor o en contra de las siguientes medidas relacionadas con alcohol?

	Totalmente en contra	En contra	Ni a favor ni en contra	A favor	Totalmente a favor
a. Prohibir la publicidad de alcohol en exteriores, como en carteleras y paradas de autobús..... <i>ExcessiveAlcohol2_BanAds</i>	1	2	3	4	5
b. Requerir advertencias específicas sobre el cáncer en los envases de alcohol..... <i>ExcessiveAlcohol2_ReqWarn</i>	1	2	3	4	5

## N: Productos que contienen tabaco o marihuana

N1. Algunos productos han sido aprobados para ayudar a las personas a dejar de fumar. Estos incluyen terapia de reemplazo nicotínico (Nicotine Replacement Therapy, NRT) en venta sin receta, como goma de mascar, pastillas para chupar o un parche, terapia de reemplazo nicotínico en venta con receta como un espray o inhalador, o medicamentos en venta con receta como vareniclina o bupropion.

¿Cree usted que alguno de los siguientes **productos de tabaco** pueden ayudar a las personas a dejar de fumar cigarrillos?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Dispositivos electrónicos de nicotina (Electronic nicotine devices, ENDS), como cigarrillos electrónicos  
*NRTHelpQuit\_ENDS*
- 1 Bolsitas de nicotina  
*NRTHelpQuit\_NicPouch*
- 1 Productos de tabaco calentado, como IQOS  
*NRTHelpQuit\_HeatTob*
- 1 Productos de tabaco de riesgo modificado, como General Snus o VLN KING, VLN Menthol King  
*NRTHelpQuit\_ModRisk*
- 1 Ninguno de estos puede ayudar a los fumadores a dejar de fumar  
*NRTHelpQuit\_None*
- 1 No sé  
*NRTHelpQuit\_DK*  
*NRTHelpQuit\_Cat*

N2. En los últimos 6 meses, ¿ha visto mensajes que dicen que un tribunal federal ha ordenado a las compañías de tabaco que publiquen declaraciones sobre los riesgos de fumar cigarrillos? **Estos mensajes han aparecido en las tiendas donde las personas compran cigarrillos.**

*SeenFedCourtTobMessages*

- 1 Sí
- 2 No → PASE A LA PREGUNTA N4

N3. Basándose en el mensaje o mensajes que vio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones son verdaderas?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Confié en la información.  
*TobMessages\_Trusted*
- 1 Quería buscar más información sobre los daños de fumar.  
*TobMessages\_MoreInf*
- 1 Pensé en dejar de fumar.  
*TobMessages\_ThoughtQuit*
- 1 Pensé en amigos y familiares que fuman.  
*TobMessages\_ThoughtFam*
- 1 Me gustó que un tribunal está ordenando a las compañías de tabaco a "decir la verdad."  
*TobMessages\_LikedOrder*  
*TobMessages\_Cat*

N4. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Smoke100  
1 Sí  
 2 No

N5. ¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos actualmente?

- SmokeNow  
1 Todos los días  
 2 Algunos días  
 3 Nunca

N6. ¿**Alguna vez** ha usado cualquiera de los siguientes productos de tabaco, aunque sea una o dos veces?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Cigarrillos electrónicos (también conocidos como vaporizadores, vaporizadores de pluma, tanques, vaporizadores personalizados avanzados [mods] o pod-mods)  
EverUsed\_ECig  
 1 Cigarros, incluidos puros, puritos y puritos con filtro  
EverUsed\_Cigars  
 1 Narguile (también conocido como hooka, pipa de agua o shisha)  
EverUsed\_Hookah  
 1 Tabaco sin humo, incluido tabaco de mascar, snus y rapé  
EverUsed\_Smokeless  
 1 Bolsitas de nicotina  
EverUsed\_NicPouch  
 1 Productos de tabaco calentado, como IQOS  
EverUsed\_HeatTob  
 1 Productos de tabaco de riesgo modificado, como General Snus o VLN KING, VLN Menthol King  
EverUsed\_ModRisk  
 1 Nunca he usado ninguno de estos productos de tabaco → **PASE A LA PREGUNTA N8 EN LA SIGUIENTE PÁGINA**  
EverUsed\_None  
EverUsed\_Cat

N7. ¿**Usa ahora** cualquiera de los siguientes productos de tabaco todos los días o algunos días?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Cigarrillos electrónicos (también conocidos como vaporizadores, vaporizadores de pluma, tanques, vaporizadores personalizados avanzados [mods] o pod-mods)  
NowUse\_ECig  
 1 Cigarros, incluidos puros, puritos y puritos con filtro  
NowUse\_Cigars  
 1 Narguile (también conocido como hooka, pipa de agua o shisha)  
NowUse\_Hookah  
 1 Tabaco sin humo, incluido tabaco de mascar, snus y rapé  
NowUse\_Smokeless  
 1 Bolsitas de nicotina  
NowUse\_NicPouch  
 1 Productos de tabaco calentado, como IQOS  
NowUse\_HeatTob  
 1 Productos de tabaco de riesgo modificado, como General Snus o VLN KING, VLN Menthol King  
NowUse\_ModRisk  
 1 Actualmente no uso ninguno de estos productos  
NowUse\_None  
NowUse\_Cat



N8. El siguiente grupo de preguntas es sobre productos de marihuana, que algunas veces se llama cannabis, mota, yerba, hachís o concentrados. Algunas de las maneras en las que estos productos se pueden usar son fumándolos (como porros, pipas, pipas de vidrio (bongs), carrujos o pipas de agua), vapear (usar cartuchos para vapear (vape pens), cartuchos para inhalar concentrados (dab pens), vaporizadores de mesa o vaporizadores portátiles), inhalar concentrados de marihuana, comer, beber o aplicarse como loción productos de marihuana. Favor de excluir el uso de productos de CBD o de cáñamo (hemp) cuando conteste estas preguntas.

Entre las siguientes maneras, seleccione todas aquellas como haya usado un producto con marihuana en los últimos 12 meses.

Marque **en todo lo que aplique**.

1 No he usado ningún producto con marihuana en los últimos 12 meses → **PASE A LA PREGUNTA N10 DE ABAJO**

1 Fumar  
*Marijuana\_Smoking*

1 Vapear  
*Marijuana\_Vaping*

1 Inhalar concentrados  
*Marijuana\_Dabbing*

1 Comer  
*Marijuana\_Eating*

1 Beber  
*Marijuana\_Drinking*

1 Aplicar como loción  
*Marijuana\_Lotion*

*MarijuanaUse\_Cat*

N9. Cuando usó marihuana durante los últimos 12 meses, usualmente fue...

1 Por razones médicas  
*MarijuanaUseReason*

2 Por razones recreativas

3 Por razones médicas y recreativas

N10. Creo que usar marihuana es...

1 Muy perjudicial  
*MarijuanaUseEffect*

2 Algo perjudicial

3 Tanto perjudicial como benéfico

4 Ni perjudicial ni benéfico

5 Algo benéfico

6 Muy benéfico

7 No sé

## O: Detección de Cáncer y concientización

O1. En los últimos 12 meses, ¿cuánto se preocupó de que el COVID-19 le retrasara una prueba de detección del cáncer o le impidiera hacérsela?

COVIDDelayCaScreening

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Algo
- 4 Mucho
- 5 No corresponde. No había planeado hacerme una prueba de detección.

O2. En algún momento del año pasado, ¿un médico u otro proveedor de atención médica habló con usted sobre la posibilidad de realizar una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT, por sus siglas en inglés) para detectar cáncer de pulmón?

DocTalkLDCT

- 1 Nunca he oído hablar de esta prueba
- 2 Sí
- 3 No
- 4 No sé

O3. Hay unas cuantas pruebas para detectar el cáncer colorrectal en personas que no tienen síntomas. Entre ellas están:

**La colonoscopia:** En esta prueba se introduce un tubo en el recto y usted recibe un medicamento que le causa sueño. Después de la prueba necesitará que alguien le lleve a casa en auto.

**La sigmoidoscopia:** En esta prueba, usted está despierto cuando le introducen el tubo en el recto. Después de la prueba puede conducir a casa usted mismo(a).

Un **análisis de heces** – Para esta prueba, usted toma una muestra de heces en casa y luego la entrega a un médico o a un laboratorio para que la analicen. La prueba inmunoquímica fecal (fecal immunochemical test, FIT) y Cologuard son pruebas de heces.

¿Algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho alguna vez que hay varias pruebas para detectar el cáncer de colon?

DocTellColorectalTests2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 Nunca he hablado de estas pruebas con un médico ni con otro proveedor de atención médica

O4. Los científicos han desarrollado pruebas nuevas para “detectar” el cáncer en sus primeras etapas, cuando es más fácil de tratar. Estas pruebas nuevas, llamadas pruebas de detección temprana de múltiples cánceres, usan un solo análisis de sangre para detectar diferentes cánceres al mismo tiempo.

Antes de hoy, ¿alguna vez escuchó hablar sobre las pruebas de detección temprana de múltiples cánceres?

HeardMultiCaTest

- 1 Sí
- 2 No



05. ¿Qué tan valioso cree usted que sería hacerse una prueba de detección temprana de múltiples cánceres en estos momentos?

- 1 Nada valioso  
*ValueMultiCaTest*
- 2 Un poco valioso
- 3 Algo valioso
- 4 Muy valioso

06. ¿Cree usted que el virus de la hepatitis B (también conocido como Hep B o VHB) puede causar cáncer?

- 1 Sí  
*HBVCauseCancer*
- 2 No
- 3 No sé
- 4 Nunca he oído hablar del VHB

07. ¿Cree usted que el virus de la hepatitis C (también conocido como Hep C o VHC) puede causar cáncer?

- 1 Sí  
*HCVCauseCancer*
- 2 No
- 3 No sé
- 4 Nunca he oído hablar del VHC

08. El examen de detección de cáncer de cuello uterino ayuda a prevenir y detectar este tipo de cáncer en personas que no presentan síntomas. En el futuro podría ser posible que las personas tomen su propia muestra para hacerse una prueba de detección de cáncer de cuello uterino en casa usando un kit de prueba enviado por correo. Esto podría involucrar el uso de un hisopo (similar a un bastoncillo de algodón largo) para tomar una muestra de la vagina o tomando una muestra de orina.

Si pudiera elegir, ¿cómo preferiría hacerse la prueba de detección de cáncer de cuello uterino?

- 1 No aplica – No necesito una prueba de detección de cáncer de cuello uterino → **PASE A LA PREGUNTA P1**  
*PrefCervCaTest*
- 2 Preferiría que un profesional médico hiciera la prueba en su consultorio (como se hace actualmente) → **PASE A LA PREGUNTA P1**
- 3 Preferiría hacerme la prueba en casa
- 4 No sé qué opción elegiría

09. ¿Cuáles son las razones por las que elegiría tomar su propia muestra para el examen de detección de cáncer de cuello uterino en el hogar?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Preferiría no faltar al trabajo  
*CervCaTest\_Work*
- 1 Para ahorrar en costos de transporte  
*CervCaTest\_TranspCost*
- 1 Vivo lejos del consultorio de mi proveedor médico  
*CervCaTest\_HCPDistance*
- 1 Privacidad  
*CervCaTest\_Privacy*
- 1 Para evitar la vergüenza  
*CervCaTest\_AvoidEmb*
- 1 Otras razones no incluidas  
*CervCaTest\_OthReasons*

*CervCaTest\_Cat*

## P: Creencias acerca del cáncer

P1. ¿En qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes declaraciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Parece que todo causa cáncer..... <i>EverythingCauseCancer</i>	1	2	3	4
b. No hay mucho que uno pueda hacer para reducir sus probabilidades de contraer cáncer..... <i>PreventNotPossible</i>	1	2	3	4
c. Hay tantas recomendaciones diferentes sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... <i>TooManyRecommendations</i>	1	2	3	4
d. Cuando pienso en el cáncer, automáticamente pienso en la muerte..... <i>CancerFatal</i>	1	2	3	4

P2. ¿Ha oído hablar usted del deterioro cognitivo posquimioterápico quimiocerebro, “chemo fog” o deterioro cognitivo relacionado con cáncer?

*HeardChemoBrain*

- 1 Sí
- 2 No

P3. Que usted sepa, ¿quién tiene una mayor probabilidad de presentar cáncer, una persona con una probabilidad de 1 en 1,000 o una persona con una probabilidad de 1 en 100?

*WhichRatioCancerChance2*

- 2 1 en 1,000 es una probabilidad más grande de presentar cáncer
- 1 1 en 100 es una probabilidad más grande de presentar cáncer
- 3 No sé



## Q: Antecedentes de cáncer

Q1. ¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer?

- 1 Sí  
 2 No → Pase a la pregunta Q4

Q2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Cáncer de vejiga  
*CaBladder*
- 1 Cáncer de hueso  
*CaBone*
- 1 Cáncer de mama  
*CaBreast*
- 1 Cáncer de cerebro  
*CaBrain*
- 1 Cáncer de cuello uterino (cáncer de cérvix)  
*CaCervical*
- 1 Cáncer de colon  
*CaColon*
- 1 Cáncer de endometrio (cáncer de útero)  
*CaEndometrial*
- 1 Cáncer de ojo o de órbita  
*CaEye*
- 1 Cáncer de cabeza y cuello  
*CaHeadNeck*
- 1 Leucemia, cáncer de la sangre  
*CaLeukemia*
- 1 Cáncer de hígado  
*CaLiver*
- 1 Cáncer de pulmón  
*CaLung*
- 1 Linfoma de Hodgkin  
*CaHodgkins*
- 1 Linfoma de no Hodgkin  
*CaNonHodgkin*
- 1 Melanoma  
*CaMelanoma*
- 1 Mieloma múltiple  
*CaMultMyeloma*
- 1 Cáncer de la cavidad bucal  
*CaOral*
- 1 Cáncer de ovario  
*CaOvarian*
- 1 Cáncer de páncreas  
*CaPancreatic*
- 1 Cáncer de faringe (de garganta)  
*CaPharyngeal*
- 1 Cáncer de próstata  
*CaProstate*
- 1 Cáncer de recto  
*CaRectal*
- 1 Cáncer renal (cáncer de riñón)  
*CaRenal*
- 1 Cáncer de piel que no es melanoma  
*CaSkin*
- 1 Cáncer de estómago  
*CaStomach*
- 1 Cáncer de testículo  
*CaTesticular*
- 1 Cáncer de tiroides  
*CaThyroid*
- 1 Otro → Especifique

*CaOther*  
*CaOther\_OS*  
*Cancer\_Cat*

Q3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

*WhenDiagnosedCancer*  
Años de edad

Q4. ¿Alguno de sus parientes biológicos de primero o segundo grado (padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos, sobrinos) ha tenido cáncer alguna vez?

FamilyEverHadCancer2

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No estoy seguro(a)

## R: Usted y su hogar

R1. ¿Cuántos años tiene?

--	--	--

Age  
Años

R4. Aproximadamente, ¿cuántas horas trabaja en total a la semana en todos sus trabajos y negocios?

--	--	--

WorkHrsPerWeek

Horas de trabajo a la semana

R5. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen mejor su situación laboral actual?

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 Empleado, incluido trabajador por cuenta propia  
Occupation2\_Employed
- 1 No he tenido trabajo por un año o más  
Occupation2\_OOW1Y
- 1 No he tenido trabajo por menos de 1 año  
Occupation2\_OOWLess1Y
- 1 Ama de casa/cuidador  
Occupation2\_Homemaker
- 1 Estudiante  
Occupation2\_Student
- 1 Jubilado  
Occupation2\_Retired
- 1 No puedo trabajar (incapacitado) Occupation2\_Disabled
- 1 Otro → Especifique 

Occupation2_Other
Occupation2_Other_OS
Occupation2_Cat

R6. En los últimos 30 días, mis horas de trabajo incluyeron...

Marque **todo lo que le aplique**.

- 1 No trabajé en los últimos 30 días  
*WorkHrs\_DidNotWork*
- 1 Las primeras horas de la mañana (4am-8am)  
*WorkHrs\_EarlyAM*
- 1 Las horas de la mañana (8am-12pm)  
*WorkHrs\_AM*
- 1 Las horas de la tarde (12pm-6pm)  
*WorkHrs\_Afternoon*
- 1 Las horas del anochecer (6pm-11pm)  
*WorkHrs\_Evening*
- 1 Las horas de la noche (11pm-4am)  
*WorkHrs\_Night*  
*WorkHrs\_Cat*

R7. ¿Cuál es su estado civil?

*MaritalStatus*

Marque **solo una**.

- 1 Casado(a)
- 2 Vivo con alguien como si estuviera casado(a) o vivo con mi pareja
- 3 Divorciado(a)
- 4 Viudo(a)
- 5 Separado(a)
- 6 Soltero(a), nunca me he casado

R8. ¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que ha terminado?

*Education*

- 1 Menos de 8 años
- 2 Entre 8 y 11 años
- 3 12 años (finalicé la secundaria o preparatoria)
- 4 Recibí capacitación (vocacional o técnica) después de la secundaria, pero no fui a la universidad
- 5 Terminé algunos cursos en la universidad
- 6 Me gradué de la universidad
- 7 Hice estudios de posgrado

R9. ¿Es de origen hispano, latino o español? Puede seleccionar una o más categorías.

Marque **en todo lo que aplique**.

- 1 No, no soy de origen hispano, latino ni español  
*NotHisp*
- 1 Sí, soy mexicano(a), estadounidense de origen mexicano o chicano(a)  
*Mexican*
- 1 Sí, soy puertorriqueño(a)  
*PuertoRican*
- 1 Sí, soy cubano(a)  
*Cuban*
- 1 Sí, soy hispano(a) o latino(a) de otro lugar o soy de origen español  
*OthHisp*  
*Hisp\_Cat*

R10. ¿De qué raza es? Puede seleccionar una o más categorías.

Marque **en todo lo que aplique**.

- Blanca  
*White*
- Negra o afroamericana  
*Black*
- Indígena estadounidense u originaria de Alaska  
*AmerInd*
- Asiática de la India  
*AsInd*
- China  
*Chinese*
- Filipina  
*Filipino*
- Japonesa  
*Japanese*
- Coreana  
*Korean*
- Vietnamita  
*Vietnamese*
- Originaria de otro país asiático  
*OthAsian*
- Originaria de Hawái  
*Hawaiian*
- Guameña o chamorra  
*Guamanian*
- Samoense  
*Samoan*
- Originaria de otra isla del Pacífico  
*OthPacIsl*  
*Race\_Cat2*

R11. ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones?

**Tengo un gran sentido de pertenencia a mi propio grupo étnico, racial o cultural.**

*EthnicGroupBelonging*

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

R12. ¿Se considera...?

*SexualOrientation2*

Marque **solo una**.

- 1 Gay o lesbiana
- 2 Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana
- 3 Bisexual
- 4 Uso otro término (especifique) →
- 5 No sé

*SexualOrientation2\_OS*

*SexualOrientation2\_IMP*

R13. **Incluyéndose a usted mismo(a)**, ¿cuántas personas viven en su hogar?

*TotalHousehold*  
Número de personas

R14. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

*ChildrenInHH*  
Número de niños menores de 18 años

R15. Considerando la política de la actualidad, ¿cómo describiría su propio punto de vista político?

PoliticalViewpoint

- 1 Muy liberal
- 2 Liberal
- 3 Algo liberal
- 4 Moderado
- 5 Algo conservador
- 6 Conservador
- 7 Muy conservador

R16. Pensando en los miembros de su familia que viven en su hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, el ingreso total antes de impuestos de todas las fuentes obtenidas en el último año?

IncomeRanges

- 1 Entre \$0 y \$9,999
- 2 Entre \$10,000 y \$14,999
- 3 Entre \$15,000 y \$19,999
- 4 Entre \$20,000 y \$34,999
- 5 Entre \$35,000 y \$49,999
- 6 Entre \$50,000 y \$74,999
- 7 Entre \$75,000 y \$99,999
- 8 Entre \$100,000 y \$199,999
- 9 \$200,000 o más

R17. ¿Cuál de las siguientes opciones se acerca más a sus propios sentimientos acerca del ingreso de su hogar?

IncomeFeelings

- 1 Vivimos cómodamente con el ingreso actual
- 2 Nos las arreglamos con el ingreso actual
- 3 Pasamos dificultades con el ingreso actual
- 4 Pasamos muchas dificultades con el ingreso actual

R18. Lo invitamos a participar en futuras encuestas de salud del Instituto Nacional del Cáncer (National Cancer Institute, NCI). Estas encuestas son voluntarias y consisten en contestar en línea encuestas como esta unas pocas veces al año. Una vez que complete su primera encuesta recibirá una tarjeta electrónica de regalo de Amazon por valor de \$20.

Si le interesa participar, escriba su nombre y su dirección electrónica en el recuadro que aparece abajo. Entonces recibirá un mensaje electrónico con instrucciones para inscribirse en encuestas futuras. Su información se mantendrá privada y solo se usará para comunicarnos con usted sobre encuestas futuras.

Nombre:

Apellido:

Correo electrónico:



# ¡Gracias!

Nos gustaría enviarle \$10 como muestra de agradecimiento por completar esta encuesta. Puede recibir los \$10 en efectivo por correo o podemos enviarle por correo electrónico un código de tarjeta de regalo electrónica de Amazon.

Para recibir \$10 por correo en la dirección donde recibió esta encuesta, indique a continuación su nombre y apellido para que podamos remitirle el sobre.

Nombre:

Apellido:

Para recibir \$10 en forma de tarjeta de regalo electrónica de Amazon, indique a continuación su dirección de correo electrónico. Por favor, escriba de forma legible; solo podemos enviar un código de regalo por correo electrónico a su hogar:

Use el correo electrónico que proporcioné en la página anterior.

Correo electrónico:

Devuelva este cuestionario en el sobre pre-pagado en el plazo de 2 semanas.

Si ha perdido el sobre, envíe por correo el cuestionario llenado a:

HINTS Study, WB 380F  
Westat  
1600 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850

