



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**



H5-C2

Annotated Form  
Cycle 2, Full-Content, Spanish Version

COMENZAR  
AQUI:

### 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. ¿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 A6 en la próxima página

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

**Marque sólo una de las siguientes opciones.**

- ☐ 1 Libros *WhereSeekHealthInfo*  
☐ 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. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- ☐ 1 Sí *SeekCancerInfo*  
☐ 2 No → VAYA A LA PREGUNTA A6 en la próxima página

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

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



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

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

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

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

A8. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca del cáncer. ¿Dónde buscaría primero? `StrongNeedCancerInfo`

Marque sólo una de las siguientes opciones.

- ☐ 1 Libros
- ☐ 2 Folletos, panfletos, etc.
- ☐ 3 Organización del cáncer
- ☐ 4 Familia
- ☐ 5 Amigos/Compañeros de trabajo
- ☐ 6 Médico o proveedor de cuidados 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 → `StrongNeedCancerInfo_OS`

`StrongNeedCancerInfo_IMP`

## 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 B5 más abajo**

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

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

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

- ☐ 1 Sí  
☐ 2 No

B4. ¿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..... <i>WhereUseInternet_Home</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Computadora en el trabajo..... <i>WhereUseInternet_Work</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro)..... <i>WhereUseInternet_PublicPlace</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. En un dispositivo móvil (teléfono celular / smartphone / tableta)..... <i>WhereUseInternet_MobileDevice</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

B5. 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>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Buscar información médica o de salud para otra persona..... <i>Electronic_HealthInfoSE</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Comprar medicamentos o vitaminas utilizando el Internet..... <i>Electronic_BuyMedicine</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Buscar asistencia para el cuidado que usted provee a otra persona..... <i>Electronic_LookedAssistance</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarme con un médico o con un consultorio médico..... <i>Electronic_TalkDoctor</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Mantenerse informado de los cargos y costos del cuidado de la salud..... <i>Electronic_TrackedHealthCosts</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Ver los resultados de pruebas que le hayan hecho..... <i>Electronic_TestResults</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2



B6. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Tableta computarizada (por ejemplo, iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom o Kindle Fire)  
*HaveDevice\_Tablet*
- ☐ 1 Teléfono inteligente (por ejemplo: iPhone, Android, Blackberry o teléfono Windows)  
*HaveDevice\_SmartPh*
- ☐ 1 Teléfono celular básico solamente } **VAYA A B9 más abajo**  
*HaveDevice\_CellPh*
- ☐ 1 No tengo ninguno de los anteriores }  
*HaveDevice\_None*  
*HaveDevice\_Cat*

B7. ¿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

B8. ¿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?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>Tablet_AchieveGoal</i>		
b. a tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>Tablet_MakeDecision</i>		
c. en conversaciones con su proveedor de cuidado de la salud?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>Tablet_DiscussionsHCP</i>		

B9. ¿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

B10. ¿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

B11. 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>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Compartir información sobre la salud en un sitio de redes sociales como Facebook o Twitter..... <i>IntRsn_SharedSocNet</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Escribir en un diario cibernético o blog (es decir Diario Web)..... <i>IntRsn_WroteBlog</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Ver un video relacionado con la salud en YouTube..... <i>IntRsn_YouTube</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

B12. ¿Ha enviado o recibido algún mensaje de texto a o de un médico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses? *TextFromDoctor*

- ☐ 1 Sí
- ☐ 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. *MostRecentCheckup2*

- ☐ 1 Durante el último año
- ☐ 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 → VAYA A LA PREGUNTA C7 en la próxima página *FreqGoProvider*
- ☐ 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?..... <i>ChanceAskQuestions</i>	<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?..... <i>FeelingsAddressed</i>	<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?..... <i>InvolvedDecisions</i>	<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?..... <i>UnderstoodNextSteps</i>	<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?..... <i>ExplainedClearly</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?..... <i>SpentEnoughTime</i>	<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?..... <i>HelpUncertainty</i>	<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?.... <i>ProbCare_BringTest</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Esperar más tiempo del que usted considera razonable por los resultados de una prueba?..... <i>ProbCare_WaitLong</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Repetir una prueba o procedimiento porque los resultados de la prueba anterior no estaban disponibles?..... <i>ProbCare_RedoTest</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Proporcionar de nuevo su historial médico porque no podían encontrar su información?..... <i>ProbCare_ProvideHist</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

39611



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..... <i>HealthIns_InsuranceEmp</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros..... <i>HealthIns_InsurancePriv</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Medicare, para personas de 65 años o más o personas con ciertas discapacidades..... <i>HealthIns_Medicare</i>	<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..... <i>HealthIns_Medicaid</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias..... <i>HealthIns_Tricare</i>	<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)..... <i>HealthIns_VA</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service)..... <i>HealthIns_IHS</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de la salud (Especifique)..... <i>HealthIns_Other</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

*HealthIns\_Other\_OS*

## D: Informes médico

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. ¿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

D3. ¿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

D4. ¿Le han ofrecido alguna vez su proveedor de cuidado médico o su aseguradora de salud acceso por Internet a sus registros médicos?

EverOfferedAccessRec

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → VAYA A LA PREGUNTA E1 en la página 11
- ☐ 3 No sé → VAYA A LA PREGUNTA E1 en la página 11

D5. ¿Quién le ofreció acceso a sus registros médicos por Internet?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ 1 Proveedor de servicios de salud WhoOffered\_HCP
- ☐ 1 Seguro de salud WhoOffered\_Insurer
- ☐ 1 Alguien más (Especifique) → 

WhoOffered\_Other  
WhoOffered\_Other\_OS

WhoOffered\_Cat

D6. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso a su registro médico en Internet en los últimos 12 meses?

AccessOnlineRecord

- ☐ 0 0 → VAYA A LA PREGUNTA D7 más abajo
  - ☐ 1 1 a 2 veces
  - ☐ 2 3 a 5 veces
  - ☐ 3 6 a 9 veces
  - ☐ 4 10 o más veces
- } VAYA A LA PREGUNTA D8 en la próxima página

D7. ¿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?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. usted no tiene manera de acceder al sitio Web?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. usted no tiene necesidad de usar su registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. a usted le preocupaba la privacidad o la seguridad del sitio Web que contenía su registro médico?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. usted no tiene un registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Otra (Especifique).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

NotAccessed\_Other  
NotAccessed\_Other\_OS



**Si no tuvo usted acceso a su registro médico por Internet en los últimos 12 meses, VAYA A LA PREGUNTA E1 en página 11.**

**Por lo demás, VAYA A LA PREGUNTA D8 en la próxima página**



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

	Sí	No
a. pedir que renueven una receta médica?..... <i>RecordsOnline_RefillMeds</i>	1	2
b. llenar formularios o documentos relacionados con el cuidado de su salud?..... <i>RecordsOnline_Paperwork</i>	1	2
c. pedir que corrijan información incorrecta?..... <i>RecordsOnline_RequestCorrection</i>	1	2
d. 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
e. descargar información sobre su salud a su computadora o dispositivo móvil, como un teléfono celular o una tableta?..... <i>RecordsOnline_DownloadHealth</i>	1	2
f. 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
g. obtener ayuda para tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?..... <i>RecordsOnline_MakeDecision</i>	1	2

D9. ¿Incluye alguno de sus informes médicos en Internet los siguientes tipos de información médica?

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. Lista de problemas de salud/médicos..... <i>RecordsOnline_HealthProbs</i>	1	2	3
b. Lista de alergias..... <i>RecordsOnline_Allergies</i>	1	2	3
c. Resúmenes de sus visitas al consultorio..... <i>RecordsOnline_VisitSummary</i>	1	2	3
d. Notas clínicas..... <i>RecordsOnline_ClinNotes</i>	1	2	3
e. Historial de inmunizaciones o vacunas..... <i>RecordsOnline_Immunizations</i>	1	2	3

D10. ¿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

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

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

## 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 todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Sí, uno o varios hijos **Caregiving\_Child**
- ☐ 1 Sí, un cónyuge o pareja **Caregiving\_Spouse**
- ☐ 1 Sí, mi padre, mi madre o ambos **Caregiving\_Parent**
- ☐ 1 Sí, a otro miembro de la familia **Caregiving\_AnotherFam**
- ☐ 1 Sí, un amigo/a u otra persona que no es de la familia **Caregiving\_Friend**
- ☐ 1 No → **VAYA A E11 en la página 13** **Caregiving\_No**  
**CaregivingWho\_Cat**

E2. ¿Provee usted algo de este cuidado profesionalmente como parte de su empleo (por ejemplo, como enfermera o asistente profesional para el cuidado de la salud en el hogar)?

- ☐ 1 Sí **Caregiving\_Professional**
- ☐ 2 No

E3. Por favor, piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado.

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

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 **Cáncer** **Caregiving\_Cancer**
- ☐ 1 **Alzheimer, confusión, demencia, pérdida de memoria** **Caregiving\_Alzheimers**
- ☐ 1 **Problemas ortopédicos/musculoesqueléticos** (por ejemplo: problemas de la espalda, fracturas de huesos, artritis, problemas de movilidad, no puede desplazarse, debilidad, inestabilidad, caídas) **Caregiving\_OrthoMusc**
- ☐ 1 **Problemas mentales/de comportamiento/abuso de sustancias** (por ejemplo: problemas emocionales, depresión, ansiedad, abuso de sustancias, de drogas o de alcohol) **Caregiving\_MentalHealth**
- ☐ 1 **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**
- ☐ 1 **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**
- ☐ 1 **Condiciones graves** (por ejemplo: cirugía, heridas o lesiones) **Caregiving\_AcuteCond**
- ☐ 1 **Envejecimiento o problemas relacionados con el envejecimiento** **Caregiving\_Aging**
- ☐ 1 **Otras (Especifique)** →   
**Caregiving\_Other\_OS**
- ☐ 1 **No estoy seguro/a, No sé** **Caregiving\_NotSure**  
**CaregivingCond\_Cat**

E4. Piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado. En una semana típica, ¿aproximadamente cuántas horas a la semana pasa usted dando cuidado?

**Caregiving\_HoursPerWeek2**  
Horas dedicadas a ofrecer cuidado por semana

E5. Piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado.  
¿Cuánto tiempo lleva cuidando a esta persona? Su mejor estimado está bien.

Caregiving\_HowLong

- ☐ 1 Menos de 30 días
- ☐ 2 De 1 a 6 meses
- ☐ 3 De 7 meses a 2 años
- ☐ 4 De 3 a 5 años
- ☐ 5 Más de 5 años

E6. Piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado.  
¿Dónde vive actualmente la persona que recibe su cuidado?

Caregiving\_Reside

- ☐ 1 En su casa
- ☐ 2 A 20 minutos de su casa
- ☐ 3 De 20 a 59 minutos de su casa
- ☐ 4 De 1 a 2 horas de su casa
- ☐ 5 Más de 2 horas de su casa

E7. Piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado. ¿Ayuda usted a la persona que recibe su cuidado con alguna de las siguientes actividades?

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Levantarse y acostarse en la cama o sentarse y levantarse de una silla  
Caregiving\_BedsChairs
- ☐ 1 Vestirse  
Caregiving\_Dressing
- ☐ 1 Sentarse y levantarse del inodoro  
Caregiving\_Toilet
- ☐ 1 Lidar con incontinencia o pañales  
Caregiving\_Incontinence
- ☐ 1 Bañarse/Cuidado personal  
Caregiving\_Bathing
- ☐ 1 Preparar comidas  
Caregiving\_MealPrep
- ☐ 1 Alimentarlo  
Caregiving\_Feeding
- ☐ 1 Administrar las finanzas, como pagar facturas o completar rellenar reclamaciones de seguro  
Caregiving\_Finances
- ☐ 1 Compras de supermercado u otras compras  
Caregiving\_Shopping
- ☐ 1 Tareas domésticas  
Caregiving\_Housework
- ☐ 1 Transporte (conducirlo/la u organizar el transporte)  
Caregiving\_Transportation
- CaregivingActivities\_Cat

E8. Piense en la persona a la que usted actualmente provee el mayor cuidado. ¿Ayuda usted a la persona que recibe su cuidado con alguna de las siguientes actividades?

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Realizando tareas médicas/de enfermería (por ejemplo, administrando medicamentos, cambiando vendas, tratar los efectos secundarios o los síntomas)  
Caregiving\_MedTasks
- ☐ 1 Comunicándose con profesionales de cuidado de la salud como médicos, enfermeras o trabajadores sociales sobre el cuidado de la persona  
Caregiving\_CommunicateHCP
- ☐ 1 Coordinando con servicios externos, como enfermeras, asistentes de atención domiciliaria, comidas a domicilio u otros servicios comunitarios  
Caregiving\_ArrangeSvcs
- ☐ 1 Pasando tiempo con la persona y proporcionándole compañía y apoyo emocional  
Caregiving\_SpendTime
- CaregivingMedAct\_Cat

E9. Piense en la persona a la cual actualmente proporciona el mayor cuidado. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso al registro médico en Internet de la persona que cuida en los últimos 12 meses? *Caregiving\_AccessMedRec*

- ☐ 0 Ninguna
- ☐ 1 De 1 a 2 veces
- ☐ 2 De 3 a 5 veces
- ☐ 3 De 6 a 9 veces
- ☐ 4 10 o más veces

E10. Las siguientes preguntas son sobre usted como proveedor de cuidado. ¿Alguna vez ha necesitado y/o recibido alguno de los siguientes servicios de apoyo?

	No he necesitado	He recibido	He necesitado y no he recibido
a. Capacitación sobre cómo realizar tareas médicas/de enfermería (por ejemplo, administrar medicamentos, cambiar vendas, tratar los efectos secundarios o los síntomas)..... <i>Caregiver_MedTrain</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Ayuda para obtener acceso a servicios tales como enfermeras, asistentes de atención domiciliaria, comidas a domicilio u otros servicios comunitarios..... <i>Caregiver_AccessHelp</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Descanso a corto o largo plazo para los proveedores de cuidados (Cuidado de relevo)..... <i>Caregiver_RespiteCare</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Grupos de apoyo para proveedores de cuidados..... <i>Caregiver_SupportGroup</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Asesoramiento individual para ayudar a afrontar el suministro de cuidado..... <i>Caregiver_Counseling</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

E11. Las tareas médicas/de enfermería incluyen actividades como administrar medicamentos, cambiar vendas o tratar los efectos secundarios o los síntomas.

Si tuviera que aprender cómo hacer una tarea médica/de enfermería para ayudar a alguien, ¿cómo preferiría aprender?

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Instrucción en persona  
*CaregiverTraining\_InPerson*
- ☐ 1 Línea de soporte o número de teléfono de 24 horas de asistencia para llamar con preguntas  
*CaregiverTraining\_Hotline*
- ☐ 1 Material de lectura: folleto o libro  
*CaregiverTraining\_ReadingMat*
- ☐ 1 Video de instrucción en línea  
*CaregiverTraining\_OnlineVideo*
- ☐ 1 Virtual: tener una persona calificada que me proporcione instrucciones en vivo a través del internet  
*CaregiverTraining\_Virtual*  
*CaregiverTraining\_Cat*



## F: Cuidados Paliativos

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

KnowledgePalliativeCare

- ☐ 1 Nunca he oído hablar de eso → **VAYA A G1 en la próxima página**
- ☐ 2 Sé un poco sobre cuidados paliativos
- ☐ 3 Sé lo que es cuidado paliativo y podría explicarlo a otra persona

F2. Para mí, el objetivo de los cuidados paliativos es...

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
a. Ayudar a amigos y familiares a sobrellevar la enfermedad del paciente.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PCGoal_HelpFamCope					
b. Ofrecer apoyo social y emocional.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PCGoal_SocEmotSupport					
c. Tratar el dolor y otros síntomas físicos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PCGoal_ManageSymptoms					
d. Prolongar la vida del paciente en sus últimos días.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
PCGoal_MoreTime					

F3. Suponga que tiene una gran necesidad de obtener información sobre cuidados paliativos. ¿Dónde iría primero para obtener información?

Marque sólo una de las siguientes opciones. PCStrongNeedInfo

- ☐ 1 Materiales impresos (por ejemplo, periódicos, revistas)
- ☐ 2 Proveedor de servicios de salud (médico, enfermera, trabajador social)
- ☐ 3 Conversaciones con personas de confianza (amigos, parientes o compañeros de trabajo)
- ☐ 4 Internet (Google u otro motor de búsqueda, WebMD u otro sitio web médico)
- ☐ 5 Redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter)

PCStrongNeedInfo\_IMP

F4. Suponga que tiene gran necesidad de obtener información sobre cuidados paliativos. ¿En cuál de las siguientes fuentes confiaría más como fuente de información sobre cuidados paliativos?

Marque sólo una de las siguientes opciones. PCTrustInfo

- ☐ 1 Materiales impresos (por ejemplo, periódicos, revistas)
- ☐ 2 Proveedor de servicios de salud (médico, enfermera, trabajador social)
- ☐ 3 Conversaciones con personas de confianza (amigos, parientes o compañeros de trabajo)
- ☐ 4 Internet (Google u otro motor de búsqueda, WebMD u otro sitio web médico)
- ☐ 5 Redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter)

PCTrustInfo\_IMP



F5. ¿Qué tanto está o no de acuerdo con las siguientes declaraciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	No sé
a. Aceptar cuidados paliativos significa darse por vencido..... <i>PCMeansGivingUp</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
b. Es obligación del médico informar a todos los pacientes con cáncer sobre la opción de los cuidados paliativos..... <i>PCObligatedToInform</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
c. Si acepta cuidados paliativos, debe suspender otros tratamientos..... <i>PCStopTreatments</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
d. El cuidado paliativo es lo mismo que el cuidado de enfermos terminales..... <i>PCHospiceCare</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
e. Cuando pienso en "cuidados paliativos", automáticamente pienso en la muerte..... <i>PCThinkDeath</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

G: Su salud en general

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

- GeneralHealth*
- Excelente,
  - Muy buena,
  - Buena,
  - Aceptable, o
  - Mala

G2. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para tomar buen cuidado de su salud?

- OwnAbilityTakeCareHealth*
- Confío completamente
  - Confío mucho
  - Confío bastante
  - Confío un poco
  - 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?..... <i>MedConditions_Diabetes</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
b. ¿Presión alta de la sangre o hipertensión?..... <i>MedConditions_HighBP</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
c. ¿Una condición del corazón como ataque cardíaco, angina de pecho o fallo cardíaco congestivo?..... <i>MedConditions_HeartCondition</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
d. ¿Enfermedad crónica del pulmón, asma, enfisema o bronquitis crónica?..... <i>MedConditions_LungDisease</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
e. ¿Artritis o reumatismo?..... <i>MedConditions_Arthritis</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
f. ¿Depresión o trastornos de ansiedad?..... <i>MedConditions_Depression</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

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..... LittleInterest	1	2	3	4
b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado..... Hopeless	1	2	3	4
c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas..... Nervous	1	2	3	4
d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación..... Worrying	1	2	3	4

G7. Ahora le estamos preguntando acerca de otras personas en su vida. Por favor responda a cada punto marcando un cuadro por fila.

	Nunca	Raramente	A veces	Generalmente	Siempre
a. ¿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?..... EmotionalSupport2	1	2	3	4	5
b. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?..... TalkHealthFriends2	1	2	3	4	5
c. ¿Tiene alguien para preparar sus comidas si no puede hacerlo usted mismo?..... HelpPreparingMeals	1	2	3	4	5
d. ¿Tiene alguien que lo lleve al médico si lo necesita?..... HelpTransportDoctor	1	2	3	4	5
e. ¿Tiene alguien que le ayude con sus tareas diarias si está enfermo?..... HelpDailyChores2	1	2	3	4	5
f. ¿Tiene alguien para hacer mandados si lo necesita?..... HelpRunErrands	1	2	3	4	5

G8. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

☐ Sí    Deaf  
☐ No

## H: Salud y nutrición

H1. ¿Cuánto cree que cada uno de los siguientes puede influir en si una persona desarrollará o no cáncer?

	Mucho	Poco	Nada	No sé
a. Tener sobrepeso u obesidad..... <i>InfluenceCancer_Obesity</i>	1	2	3	4
b. Comer alimentos saludables..... <i>InfluenceCancer_EatingHealthy</i>	1	2	3	4
c. Hacer ejercicio regularmente..... <i>InfluenceCancer_RegExercise</i>	1	2	3	4

H2. Piense en la última vez que ordenó comida en un restaurante de comida rápida o en restaurante de servicio en la mesa, ¿notó la información de calorías que figura al lado de la comida en el menú o en el tablero del menú?

*NoticeCalorieInfoOnMenu*

- 1 Sí  
2 No → VAYA A H5 más abajo

H3. Pensando en la última vez que notó la información sobre calorías en el menú o en el tablero del menú, ¿qué tan fácil o difícil le fue entender la información calórica?

*UnderstandCalorieInfo*

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

H4. Pensando en la última vez que notó la información sobre calorías en el menú o en el tablero del menú, ¿de qué manera la información de calorías le hizo cambiar lo que pensaba pedir?

	Sí	No
a. Pedí algo con menos calorías..... <i>CalorieInfo_FewerCalories</i>	1	2
b. Pedí algo con más calorías..... <i>CalorieInfo_MoreCalories</i>	1	2
c. Pedí menos alimentos..... <i>CalorieInfo_FewerItems</i>	1	2
d. Pedí porciones más pequeñas..... <i>CalorieInfo_SmallerSizes</i>	1	2
e. Pedí más alimentos..... <i>CalorieInfo_MoreItems</i>	1	2
f. Pedí porciones más grandes..... <i>CalorieInfo_LargerSizes</i>	1	2

H5. ¿Aproximadamente cuántas calorías cree usted que un hombre/una mujer de su edad y actividad física necesita consumir al día para mantener su peso actual?

*AverageCaloriesPerDay*

--	--	--	--

Calorías

*AverageCaloriesPerDay\_DK*

- 8 No sé



H6. Estos son ejemplos de un solo trago de alcohol:



Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana tomó por lo menos un solo trago de cualquier bebida alcohólica? *DrinkDaysPerWeek*

Días por semana

Si 0 → VAYA A I1 más abajo

H7. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebió alcohol, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó promedio? *DrinksPerDay*

Tragos en promedio por día

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

I1. 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 (no incluya levantamiento de pesas)?

☐ Ninguno → VAYA A LA PREGUNTA I3 en la próxima página

☐ 1 día por semana

☐ 2 días por semana

☐ 3 días por semana

☐ 4 días por semana

☐ 5 días por semana

☐ 6 días por semana

☐ 7 días por semana

*TimesModerateExercise*

I2. 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?

Minutos por día

*HowLongModerateExerciseMinutes*

39611

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.

- ☐ 0 Ninguno TimesStrengthTraining
- ☐ 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. Durante los últimos 7 días, ¿en un día típico cuánto tiempo pasó sentado en casa o en el trabajo? Incluido el tiempo que pasa sentado en un escritorio, visitando amigos, leyendo, conduciendo o viajando en un automóvil, o sentado o acostado viendo televisión.

--	--

 Horas por día AverageTimeSitting

15. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha usado una cama o una cabina bronceadora?

--	--	--

 Veces TimesUsedTanningBed

16. En días cálidos y soleados, ¿con qué frecuencia pasa tiempo bajo el sol para broncearse?

- ☐ 1 Frecuentemente SpendTimeInSunTanning
- ☐ 2 A veces
- ☐ 3 Raramente
- ☐ 4 Nunca
- ☐ 5 No salgo en días soleados

17. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un médico u otro proveedor de cuidados médicos acerca de reducir su exposición al sol o a los aparatos de bronceado en interiores, como las lámparas solares, las camas o las cabinas de bronceado para reducir el riesgo de cáncer de piel?

- ☐ 1 Sí HCPAdvisedLimitingSun
- ☐ 2 No



18. Después de varios meses de no estar mucho tiempo al sol, si saliera al sol durante una hora sin protector solar, sombrero o ropa protectora, ¿cuál de estos describe mejor lo que le sucedería a su piel? *SunEffectAfter1Hour*

- ☐ 1 Sufriría quemaduras graves y ampollas
- ☐ 2 Sufriría quemaduras moderadas y se me despellejaría la piel
- ☐ 3 Me quemaría levemente con algo o nada de bronceado
- ☐ 4 Se me oscurecería la piel sin quemaduras
- ☐ 5 No le pasaría

## J: Productos de tabaco

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

*Smoke100*

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA J3 más abajo**

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

*SmokeNow*

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

J3. 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...

*ElecCigLessHarm*

- ☐ 1 Mucho menos perjudiciales
- ☐ 2 Menos perjudiciales
- ☐ 3 Igual de perjudiciales
- ☐ 4 Más perjudiciales
- ☐ 5 Mucho más perjudiciales
- ☐ 7 No sé

J4. ¿Ha usado alguna vez un cigarrillo electrónico, aunque solo sea una o dos veces?

*UsedECigEver*

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA J6 en la próxima página**

J5. ¿Actualmente usa un cigarrillo electrónico todos los días, algunos días o nunca?

*UseECigNow*

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



J6. ¿Durante los últimos 6 meses, ha visto usted mensajes en periódicos o en la televisión diciendo que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de los peligros de fumar cigarrillos?

SeenFederalCourtTobaccoMessages

☐ 1 Sí

☐ 2 No → VAYA A LA PREGUNTA K1 más abajo

J7. ¿Cuál de los siguientes mensajes ha visto usted?

**Marque todos los que apliquen.**

☐ 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de los efectos de fumar en la salud. TobaccoMessages\_HESmoking

☐ 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de los efectos de ser fumador pasivo. TobaccoMessages\_HESecondhand

☐ 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de qué tan adictivo es fumar y la nicotina. TobaccoMessages\_Addictiveness

☐ 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de cómo los cigarrillos están diseñados para optimizar la entrega de nicotina. TobaccoMessages\_EnhanceDelivery

☐ 1 Que una Corte Federal ha ordenado a las compañías tabacaleras a hacer pronunciamientos acerca de cómo los cigarrillos suaves y bajos en alquitrán son tan perjudiciales como los cigarrillos regulares. TobaccoMessages\_LowTarLight

TobaccoMessages\_Cat

## K: Exploración del cáncer

K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino? GenderC

☐ 1 Masculino → 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



K4. Existen diferentes exámenes para detectar el cáncer de colon. Entre estos se incluyen:

**Una colonoscopia** – Para esta prueba se inserta un tubo en el recto y le dan un medicamento que puede hacerle sentir sueño. Después del procedimiento, necesitará que alguien lo conduzca a su casa.

**Una sigmoidoscopia** – Para este examen, usted estará despierto cuando le insertan el tubo en el recto. Después del examen usted puede conducir solo a casa.

**Una prueba de sangre en la materia fecal** – Para esta prueba, se colecta una muestra de heces en casa y después se envía a un médico o laboratorio para su análisis.

¿Se ha hecho alguna vez uno de estos exámenes para detectar cáncer de colon?

EverTestedColonCa

- ☐ 1 Sí  
☐ 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. HeardHPV

- ☐ 1 Sí  
☐ 2 No → VAYA A LA PREGUNTA L3 más abajo

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

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

L3. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV, en inglés) que se llama inyección VPH (HPV, en inglés), vacuna contra el cáncer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez de la vacuna contra el cáncer cervical o inyección VPH? HeardHPVVaccine2

- ☐ 1 Sí  
☐ 2 No



L4. Incluyéndose a usted mismo/a, ¿hay alguien en su familia inmediata entre las edades de 9 y 27 años de edad? FamBetween9and27

☐ 1 Sí

☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA M1 más abajo**

L5. 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? RecommendHPVShot

☐ 1 Sí

☐ 2 No

☐ 3 No estoy seguro/a

## M: Su historial de cáncer

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez? EverHadCancer

☐ 1 Sí

☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA N1 en la próxima página**

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

**Marque todos los que apliquen.**

☐ 1 Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino) CaBladder

☐ 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 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. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer de nuevo?

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

FreqWorryCancerAgain

M5. ¿Qué tan fácil es para usted imaginarse a sí mismo desarrollando cáncer nuevamente en el futuro?

ImagineCancerAgain

- ☐ 1 Extremadamente difícil
- ☐ 2 Algo difícil
- ☐ 3 Ni difícil ni fácil
- ☐ 4 Algo fácil
- ☐ 5 Extremadamente fácil



**Si ha sido diagnosticado con cáncer alguna vez en su vida, por favor VAYA A N3 en la próxima página.**

## N: Creencias respecto al cáncer

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

N1. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer?

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

FreqWorryCancer

N2. ¿Qué tan fácil es para usted imaginarse a sí mismo desarrollando cáncer en el futuro?

ImagineCancer

- ☐ 1 Extremadamente difícil
- ☐ 2 Algo difícil
- ☐ 3 Ni difícil ni fácil
- ☐ 4 Algo fácil
- ☐ 5 Extremadamente fácil

N3. ¿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..... EverythingCauseCancer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... PreventNotPossible	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... TooManyRecommendations	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

N4. Las siguientes preguntas son acerca del conocimiento sobre cáncer en su familia. Con respecto a familia nos referimos a sus parientes biológicos de primer y segundo grado; es decir, sus abuelos, padres, hermanos y hermanas, hijos, tías y tíos, sobrinas y sobrinos.

Un historial de cáncer familiar es un registro de los cánceres en su familia. Esto incluye saber si no tiene antecedentes de cáncer en su familia.

¿Qué tan bien conoce la historia de cáncer de su familia?

FamiliarFamilyCancer

- ☐ 1 Muy bien
- ☐ 2 Bien
- ☐ 3 Algo
- ☐ 4 Un poco
- ☐ 5 Para nada

N5. ¿Alguna vez ha hablado sobre el historial de cáncer de su familia con cualquiera de las siguientes personas? Si no hay un historial de cáncer en su familia, y usted ha hablado sobre esto, por favor indíquelo.

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Su madre biológica FamilyCancer\_Mother
- ☐ 1 Su padre biológico FamilyCancer\_Father
- ☐ 1 Su (s) hermana (s) biológica (s) FamilyCancer\_Sister
- ☐ 1 Su (s) hermano (s) biológico (s) FamilyCancer\_Brother
- ☐ 1 Sus hijos biológicos FamilyCancer\_Children
- ☐ 1 Otros miembros biológicos de la familia FamilyCancer\_OthFam
- ☐ 1 Un proveedor de servicios de salud FamilyCancer\_HCP
- ☐ 1 No he tenido conversaciones con ninguna de estas personas FamilyCancer\_None

FamilyCancer\_Cat

39611

N6. Muchos formularios médicos le hacen preguntas sobre el cáncer en su familia. ¿Qué tan seguro está de poder completar un resumen de su historial familiar de cáncer en un formulario médico? *ConfidentFamilyHistory*

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

N7. ¿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?

Marque solo una de las siguientes opciones.

- ☐ 1 Empleado *Employed* *OccupationStatus*
- ☐ 2 Desempleado *Unemployed*
- ☐ 3 Ama de casa *Homemaker*
- ☐ 4 Estudiante *Student*
- ☐ 5 Retirado *Retired*
- ☐ 6 Discapacitado *Disabled*
- ☐ 91 Otro-Especifique →

*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? MaritalStatus

**Marque solo una de las siguientes opciones.**

☐ 1 Casado/a

☐ 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** en la próxima página

☐ 2 No

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

YearCameToUSA

--	--	--	--

 Año

O9. ¿Cuán bien habla usted inglés?

- ☐ 1 Muy bien SpeakEnglish  
☐ 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 todos los que apliquen.**

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

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

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ 1 Blanca White  
☐ 1 Negra o afro-americana Black  
☐ 1 India Americana o nativa de Alaska AmerInd  
☐ 1 India asiática AsInd  
☐ 1 China Chinese  
☐ 1 Filipina Filipino  
☐ 1 Japonesa Japanese  
☐ 1 Coreana Korean  
☐ 1 Vietnamita Vietnamese  
☐ 1 Otra raza asiática OthAsian  
☐ 1 Nativa de Hawái Hawaiian  
☐ 1 Guameña o chamorra Guamanian  
☐ 1 Samoana Samoan  
☐ 1 Otra raza de las islas del Pacífico OthPacIsl  
Race\_Cat2

O12. Se considera usted... SexualOrientation

- ☐ 1 Heterosexual  
☐ 1 Homosexual o gay o lesbiana  
☐ 1 Bisexual  
☐ 1 Otra cosa – Especifique → SexualOrientation\_OS

SexualOrientation\_I

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

--	--

Número de personas

TotalHousehold





## ChildrenInHH

Número de niños menores de 18 años de edad

RentOrOwn

- 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

O18. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

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

--	--

Minutos

--	--

Horas

MailSurveyTimeMin

MailSurveyTimeHrs

O19. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

**Marque todos los que apliquen.**

- ☐ El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio  
TypeOfAddressA
- ☐ Una dirección con un número de ruta rural  
TypeOfAddressB
- ☐ Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box)  
TypeOfAddressC
- ☐ Una casilla postal de un establecimiento comercial (como Mailboxes R Us, Mail Boxes Etc.®)  
TypeOfAddressD

---

¡Gracias!

► Por favor devuelva este cuestionario dentro del sobre con la estampilla pagada en un plazo de 2 semanas.

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

HINTS Study, TC 1046F  
Westat  
1600 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850

