

Encuesta: Acerca del osteosarcoma de Su

Cuéntenos más sobre su experiencia con el osteosarcoma respondiendo a las siguientes preguntas. Las respuestas se guardarán automáticamente a medida que responda. Si desea salir de la encuesta y responderla en otro momento, estará disponible automáticamente en el Panel. Puede comunicarse con nosotros enviando un correo electrónico a info@osproject.org si tiene alguna pregunta.

Si desea retirarse del proyecto, puede ponerse en contacto con el equipo de estudio en info@osproject.org en cualquier momento. Cualquier información que ya haya sido ingresada al sistema no podrá retirarse, sin embargo no se generarán datos adicionales.

Después de completar estas preguntas, le haremos algunas preguntas adicionales para comprender más acerca de usted.

Entiendo que la información que ingrese aquí se guardará en una base de datos segura. Entiendo que el equipo del estudio podría contactarme para los próximos pasos o para obtener información adicional. Comprendo que si quisiera del proyecto, puedo ponerme en contacto con el equipo del estudio en info@osproject.org en cualquier momento. La información que ya se haya ingresado en el sistema no podrá retirarse. Sin embargo, no se generarán más datos.

Siguiente

Encuesta: Acerca del osteosarcoma de Su

Cuéntenos más sobre su experiencia con el osteosarcoma respondiendo a las siguientes preguntas. Las respuestas se guardarán automáticamente a medida que responda. Si desea salir de la encuesta y responderla en otro momento, estará disponible automáticamente en el Panel. Puede comunicarse con nosotros enviando un correo electrónico a info@osproject.org si tiene alguna pregunta.

Si desea retirarse del proyecto, puede ponerse en contacto con el equipo de estudio en info@osproject.org en cualquier momento. Cualquier información que ya haya sido ingresada al sistema no podrá retirarse, sin embargo no se generarán datos adicionales.

Después de completar estas preguntas, le haremos algunas preguntas adicionales para comprender más acerca de usted.

1. ¿Cuándo recibió usted el diagnóstico de osteosarcoma por primera vez?

Elija el mes... ▾ Elija el año... ▾

2. ¿Cuándo experimentó los síntomas del osteosarcoma usted por primera vez?

Elija un marco temporal... ▾

3. Cuando a a usted le diagnosticaron osteosarcoma por primera vez, ¿en qué parte de su cuerpo fue encontrado? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Pierna: por encima de la rodilla (fémur)
- ☐ Pierna: por debajo de la rodilla (tibia/peroné)
- ☐ Parte superior del brazo (húmero)
- ☐ Pelvis
- ☐ Mandíbula
- ☐ Columna
- ☐ Pulmón (uno)
- ☐ Pulmón (ambos)
- ☐ Otro
- ☐ No sé

4. Seleccione todos los lugares en su cuerpo en el que actualmente tiene osteosarcoma, seleccione todas las opciones que correspondan. Si no tiene evidencia de enfermedad, seleccione "Sin evidencia de enfermedad (NED, en inglés)".

- ☐ Pierna: por encima de la rodilla (fémur)
- ☐ Pierna: por debajo de la rodilla (tibia/peroné)
- ☐ Parte superior del brazo (húmero)
- ☐ Pelvis
- ☐ Mandíbula
- ☐ Columna
- ☐ Pulmón (uno)
- ☐ Pulmón (ambos)
- ☐ Otro
- ☐ Sin evidencia de enfermedad (NED, en inglés)
- ☐ No sé

5. Usted ha recibido radiación como tratamiento para el osteosarcoma?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

6. Marque las terapias que usted ha recibido alguna vez por osteosarcoma (seleccione todas las opciones que correspondan). Si no recuerda los nombres de las terapias que recibió usted, podemos obtener esta información de ("la historia clínica de su historia clínica.

- ☐ Metotrexato
- ☐ Cisplatino
- ☐ Doxorrubicina
- ☐ Ifosfamida
- ☐ Etopósido
- ☐ Gemcitabina
- ☐ Docetaxel
- ☐ Pazopanib
- ☐ Sorafenib
- ☐ Regorafenib
- ☐ Cabozantinib
- ☐ Ciclofosfamida
- ☐ Carboplatino
- ☐ Otro

7. ¿Usted alguna vez sufrió la recaída de su osteosarcoma?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

8. ¿Usted actualmente recibe tratamiento para el osteosarcoma?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

9. ¿Usted alguna vez ha recibido el diagnóstico de cualquier otro tipo de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Entiendo que la información que ingrese aquí se guardará en una base de datos segura. Entiendo que el equipo del estudio podría contactarme para los próximos pasos o para obtener información adicional. Comprendo que si quisiera del proyecto, puedo ponerme en contacto con el equipo del estudio en info@osproject.org en cualquier momento. La información que ya se haya ingresado en el sistema no podrá retirarse. Sin embargo, no se generarán más datos.

Atrás

Enviar

Encuesta: Sobre usted

Cuéntenos más sobre usted respondiendo las siguientes preguntas. Las respuestas se guardarán automáticamente a medida que responda. Si desea salir de la encuesta y responderla en otro momento, estará disponible automáticamente en el Panel.

Puede comunicarse con nosotros enviando un correo electrónico a info@osproject.org si tiene alguna pregunta.

Si desea retirarse del proyecto, puede comunicarse con el equipo en info@osproject.org en cualquier momento. La información que ya se haya ingresado en el sistema no podrá retirarse. Sin embargo, no se generarán más datos.

1. ¿Qué sexo le asignaron a usted al nacer?

El sexo asignado al nacer es la asignación y clasificación de las personas como hombres, mujeres o intersexuales en función de una combinación de anatomía externa, anatomía interna, hormonas y cromosomas.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Intersexual
- ☐ Prefiero no responder

2. ¿Qué identidad de género tiene usted? Seleccione todas las opciones que correspondan

La identidad de género es un término para describir cómo se siente una persona en su interior sobre si es hombre, mujer, ambos, ninguno de los dos o algún otro género. Puede corresponder o diferir del sexo asignado a una persona al nacer.

- ☐ hombre
- ☐ mujer
- ☐ Transgénero ¹
- ☐ No binario ¹
- ☐ Género queer ¹
- ☐ Género fluido ¹
- ☐ Agénero ¹
- ☐ Dos espíritus ¹
- ☐ Cuestionando o en duda sobre la identidad de género
- ☐ Ninguno de estos describe completamente a a mi persona
- ☐ Prefiero no responder

3. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor a usted?

Seleccione todas las opciones que correspondan. Tenga en cuenta que puede seleccionar más de un grupo.

- ☐ Indio americano o nativo de Alaska
Proporcione el nombre de la tribu en la que usted está inscrito(a) o afiliado(a) o su ascendencia tribal. (Por ejemplo: azteca, tribu de los Pies Negros, mayas, nación navaja, aldea nativa de Barrow (Utqiagvik), gobierno tradicional inupiat, comunidad esquimal de Nome, etc.)
- ☐ Asiático
(Por ejemplo: indios asiáticos, chinos, filipinos, japoneses, coreanos, vietnamitas, etc.)
- ☐ Negro, afroamericano o africano
(Por ejemplo: afroamericano, etíope, haitiano, jamaíquino, nigeriano, somalí, etc.)
- ☐ Hispano, latino o español
(Por ejemplo: colombiano, cubano, dominicano, mexicano o mexicoamericano, puertorriqueño, salvadoreño, etc.)
- ☐ Medio Oriente o Norte de África
(Por ejemplo: argelino, egipcio, iraní, libanés, marroquí, sirio, etc.)
- ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
(Por ejemplo: chamorro, fijiano, marshalés, hawaiano nativo, tongano, etc.)
- ☐ Blanco
(Por ejemplo: inglés, europeo, francés, alemán, irlandés, italiano, polaco, etc.)
- ☐ Ninguno de estos describe completamente a a mi persona
- ☐ Prefiero no responder

4. Cuéntenos algo más que quiera sobre usted o su cáncer.

5. ¿Cómo se enteró del proyecto?

- ☐ Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.)
- ☐ Fuentes generales de Internet/en línea (motores de búsqueda, sitio web de grupos de defensa de los pacientes, blogs, boletines en línea, etc.)
- ☐ Medios de comunicación (programa de noticias, publicidad impresa o digital, video promocional, artículo en revistas o periódicos, radio o podcasts, folleto, etc.)
- ☐ Grupo de defensa (grupo de defensa de pacientes con cáncer, organizaciones sin fines de lucro relacionadas con el cáncer, otras organizaciones de pacientes)
— estudio, paciente, grupo de apoyo, etc.)
- ☐ Médico/centro de atención clínica (médico, consultorio médico, hospital o institución médica, centro de tratamiento, etc.)
- ☐ Evento (conferencia de pacientes, simposio científico o de investigación, evento de networking, etc.)
- ☐ Otro

Instrucciones: Responda las siguientes tres preguntas pensando en usted. Por ejemplo, si usted es un padre o madre que inscribe a un niño o niña en Count Me In, responda estas preguntas sobre usted.

6. ¿Con qué frecuencia alguien (como un familiar, un amigo, un trabajador de un hospital/clínica o un cuidador) le ayuda a leer los materiales del hospital?

- ☐ Todo el tiempo
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Parte del tiempo
- ☐ Un poco del tiempo
- ☐ Nada del tiempo

7. ¿Con qué frecuencia tiene problemas para aprender sobre su afección médica debido a la dificultad para entender la información escrita?

- ☐ Todo el tiempo
- ☐ La mayoría del tiempo
- ☐ Parte del tiempo
- ☐ Un poco del tiempo
- ☐ Nada del tiempo

8. ¿Qué tan seguro(a) se siente al completar los formularios por su cuenta?

- ☐ Siempre
- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ En ocasiones
- ☐ Nunca

9. ¿Cuál es el nivel más alto de la escuela que ha completado? Por favor, marque una opción.

- ☐ 8º grado o menos
- ☐ Parte de la escuela secundaria
- ☐ Graduado(a) de la escuela secundaria o equivalente
- ☐ Parte de la universidad o escuela técnica
- ☐ Graduado(a) universitario (asociado o licenciado)
- ☐ Escuela de posgrado o profesional (por ejemplo, maestría, doctorado)

10. ¿Qué idioma habla en casa?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro

Entiendo que la información que ingrese aquí se guardará en una base de datos segura. Entiendo que el equipo del estudio podría contactarme para los próximos pasos o para obtener información adicional. Entiendo que, si deseo que me retiren del proyecto, puedo contactar al equipo del estudio en info@osproject.org en cualquier momento. La información que ya se haya ingresado en el sistema no podrá retirarse. Sin embargo, no se generarán más datos.

Enviar

+ Información de citas para preguntas sobre raza y etnia