



Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



Photo is for illustrative purposes only. Any person depicted in the photo is a model.



COMIENCE
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. ¿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. 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

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..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| CancerLotOfEffort | | | | |
| b. Sintió frustración durante su búsqueda de información..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| CancerFrustrated | | | | |
| c. Le preocupaba la calidad de la información..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| CancerConcernedQuality | | | | |
| d. La información que encontró era difícil de entender..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| CancerTooHardUnderstand | | | | |

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

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: El uso de Internet para buscar información

B1. ¿Alguna vez se conecta en línea para entrar a Internet o a la red mundial (World Wide Web), o para enviar y recibir mensajes por correo electrónico?

UseInternet

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → Pase a la pregunta B5

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

| | Sí | No |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Una línea telefónica de acceso regular..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Internet_DialUp | | |
| b. Un servicio de alta velocidad, como DSL, cable, FiOS, wifi o satélite..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Internet_HighSpeed | | |
| c. Una red celular (es decir, un teléfono de tercera, cuarta o quinta generación [3G, 4G o 5G])..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Internet_Cell | | |

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 |
| Electronics2_HealthInfo | | |
| b. Enviar un mensaje a un proveedor de atención médica o a su consultorio..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Electronics2_MessageDoc | | |
| c. Ver resultados de análisis médicos..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Electronics2_TestResults | | |
| d. Pedir una cita con un proveedor de atención médica..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Electronics2_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 seguro(a) se siente de poder encontrar recursos útiles de salud en Internet?

ConfidentInternetHealth

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

B6. Indique si tiene cada uno de los siguientes aparatos.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Tableta electrónica (por ejemplo, iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire)
HaveDevice_Tablet
- ☐ 1 Teléfono inteligente (por ejemplo, iPhone, Android, Blackberry o un teléfono de Windows)
HaveDevice_SmartPh
- ☐ 1 Solo un teléfono celular básico
HaveDevice_CellPh
- ☐ 1 No tengo ninguno de los anteriores } **Pase a la pregunta B8**
HaveDevice_None
HaveDevice_Cat

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

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.

WearableDevTrackHealth

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **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?

FreqWearDevTrackHealth

- ☐ 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...?

| | Sí | No |
|--|----|----|
| a. El proveedor de atención médica que atiende..... <i>WillingShareData_HCP</i> | 1 | 2 |
| b. Sus familiares o amigos..... <i>WillingShareData_Fam</i> | 1 | 2 |

B11. ¿Ha compartido datos de salud de **un aparato de monitoreo electrónico o de un teléfono inteligente** con un proveedor de atención médica en los últimos 12 meses?

SharedHealthDeviceInfo

- 1 Sí
2 No
4 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 o 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 | Una vez al mes o menos | Nunca |
|---|---------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------|-------|
| a. Visitó un sitio web de redes sociales..... <i>SocMed_Visited</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Compartió información personal de salud en las redes sociales..... <i>SocMed_SharedPers</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Compartió información general relacionada con la salud en las redes sociales (por ejemplo, un artículo periodístico)..... <i>SocMed_SharedGen</i> | 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..... <i>SocMed_Interacted</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. Vio un video relacionado con la salud en un sitio web de redes sociales (por ejemplo, YouTube)..... <i>SocMed_WatchedVid</i> | 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 B15

☐ 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..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Uso información de las redes sociales en conversaciones con el proveedor de atención médica que me atiende..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Me resulta difícil saber si la información de salud de las redes sociales es verdadera o falsa..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. La mayoría de las personas que están en mis redes sociales tienen las mismas opiniones que yo tengo acerca de la salud..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

SocMed_MakeDecisions

SocMed_DiscussHCP

SocMed_TrueFalse

SocMed_SameViews

B15. ¿Quién cree usted que tiene la responsabilidad principal de reducir la cantidad de información de salud falsa o engañosa que hay en las redes sociales?

ResponsibleReduceMisInf

Marque solo **una** respuesta.

☐ 1 Los medios de comunicación

☐ 2 Las plataformas de redes sociales, como Facebook, Twitter o YouTube

☐ 3 El gobierno

☐ 4 Los usuarios individuales de las redes sociales

☐ 5 Los proveedores de atención médica y los sistemas de salud

☐ 91 Otro (especifique): → ResponsibleReduceMisInf_OS

C: Su atención médica

C1. 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 C5
- ☐ 1 1 vez
- ☐ 2 2 veces
- ☐ 3 3 veces
- ☐ 4 4 veces
- ☐ 5 Entre 5-9 veces
- ☐ 6 10 veces o más

C2. 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

C3. 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..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Le dieron la atención que requerían sus sentimientos y emociones..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Le involucraron en las decisiones sobre su salud tanto como deseaba..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Se aseguraron de que entendiera las cosas que tenía que hacer para cuidar de su salud..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. Le explicaron las cosas en una forma en que usted las entendiera..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| f. Pasaron suficiente tiempo con usted..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| g. Le ayudaron a lidiar con sentimientos de incertidumbre sobre su salud o su atención médica..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

C4. En los últimos 12 meses, al recibir cuidados por un problema médico, ¿hubo algún momento en el que tuvo que llevar con usted una radiografía, una resonancia magnética u otro tipo de resultado de prueba a la cita medica?

BringTest

☐ 1 Sí

☐ 2 No

C5. En los últimos 12 meses, ¿retrasó la atención médica que sintió que necesitaba o no la recibió? (por ejemplo, ir a ver a un médico, un especialista u otro profesional de la salud)

DelayNeededCare

☐ 1 Sí

☐ 2 No la retrasé, sí recibí la atención médica que sentí que necesitaba

☐ 3 No necesité ninguna atención médica en los últimos 12 meses

C6. ¿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

C7. ¿Qué tan seguro(a) se siente de poder llenar formularios médicos sin ayuda?

ConfidentMedForms

☐ 4 Nada

☐ 3 Un poco

☐ 2 Algo

☐ 1 Mucho

C8. ¿Cuánto confía en el sistema de salud (por ejemplo, hospitales, farmacias y otras organizaciones involucradas en los cuidados de salud)?

TrustHCSystem

☐ 4 Nada

☐ 3 Un poco

☐ 2 Algo

☐ 1 Mucho

C9. ¿Alguna vez le han tratado de manera injusta o le han discriminado al recibir atención médica debido a su raza o grupo étnico?

DiscriminatedMedCare

☐ 1 Sí

☐ 2 No

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 D4

D2. En los últimos 12 meses, ¿le ofrecieron la opción de tener una consulta de telesalud para algún tipo de atención médica que intentó programar?

OfferedTelehealthOption

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **Pase a la pregunta E1**
- ☐ 3 No necesité ninguna atención médica en los últimos 12 meses → **Pase a la pregunta E1**

D3. ¿Decidió **no** participar en una consulta de telesalud por alguna de las siguientes razones?

| | Sí | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Preferí tener la(s) cita(s) en persona..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <i>THNo_PreferInPerson</i> | | |
| b. Me preocupaba la confidencialidad de las consultas de telesalud..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <i>THNo_ConcernedPrivacy</i> | | |
| c. Pensé que la tecnología de telesalud sería difícil de usar..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| <i>THNo_TooDifficult</i> | | |



**Si no ha tenido una consulta de telesalud
en los últimos 12 meses, pase a la
pregunta E1**

De lo contrario, pase a la pregunta D4

D4. ¿Por qué eligió cita(s) de telesalud para usted?

| | Sí | No |
|---|----|----|
| a. El proveedor de atención médica recomendó o exigió que la consulta fuera por vía remota..... <i>THYes_HCPRecommended</i> | 1 | 2 |
| b. Yo quería consejo sobre si necesitaba atención médica en persona o no..... <i>THYes_WantedAdvice</i> | 1 | 2 |
| c. Yo quería evitar una posible infección en el consultorio médico o en el hospital. (Por ejemplo, COVID-19 o gripe)..... <i>THYes_AvoidExposure</i> | 1 | 2 |
| d. Era más cómodo que ir al médico (por ejemplo, menos tiempo de viaje o de espera)..... <i>THYes_Convenient</i> | 1 | 2 |
| e. Yo podía incluir a familiares o a otros cuidadores en mi cita..... <i>THYes_IncludeOthers</i> | 1 | 2 |

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

RecentTelehealthReason

Marque solo una respuesta.

- ☐ 1 La consulta anual
- ☐ 2 Una enfermedad leve o tratamiento de una enfermedad de acción rápida (por ejemplo, fiebre, infección de sinus)
- ☐ 3 Por control de mi condición de salud o enfermedad crónica (por ejemplo, presión arterial alta, diabetes, enfermedad del corazón, obesidad, cáncer)
- ☐ 4 Por emergencia médica
- ☐ 5 Por salud mental, problemas de comportamiento o de abuso de sustancias (por ejemplo, depresión, ansiedad, abuso de drogas o alcohol)
- ☐ 6 Otra

D6. 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)..... <i>Telehealth_TechProbs</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. La atención que recibí a través de telesalud fue tan buena como una visita en persona regular..... <i>Telehealth_GoodCare</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Me preocupaba la confidencialidad de mis consultas por telesalud..... <i>Telehealth_ConcernedPrivacy</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

E: Registros Médicos

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..... <i>OfferedAccessHCP3</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Compañía de seguro médico..... <i>OfferedAccessInsurer3</i> | <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 médico**.

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

AccessOnlineRecord2

- ☐ 5 No tengo un reporte médico en línea o un portal para pacientes que me haya ofrecido un proveedor de atención médica o una aseguradora. ➔ **Pase a la pregunta E7**

☐ 0 ➔ **Pase a la pregunta E7**

- ☐ 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?

| | Si | No |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Ver los resultados de los análisis..... <i>RecordsOnline_ViewResults</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| b. Descargar su información de salud a su computadora o dispositivo móvil, como un teléfono celular o tableta..... <i>RecordsOnline_DownloadHealth</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| c. Enviar electrónicamente su información médica a un tercero (por ejemplo, a otro proveedor de atención médica, a un familiar o a una aplicación (app) de salud para teléfono celular)..... <i>RecordsOnline_Send3rdParty</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| d. Ver notas clínicas (los apuntes de un proveedor de atención médica que describen su visita)..... <i>RecordsOnline_ViewNotes</i> | <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 todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 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 Mi compañía de seguro médico
OnlinePortal_Insurer
- ☐ 1 El laboratorio clínico que realiza los análisis
OnlinePortal_Lab
- ☐ 1 La farmacia
OnlinePortal_Pharmacy
- ☐ 1 No tengo ningún reporte médico en línea ni portal para pacientes. → **Pase a la pregunta F1**
OnlinePortal_NoRec
OnlinePortal_Cat

E8. ¿Tiene uno o más portales del paciente o reportes médicos en línea?

MultipleOnlinePortals

- ☐ 1 Tengo solamente uno → **Pase a la pregunta F1**
- ☐ 2 Tengo más de uno

E9. ¿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

F: Provisión de cuidados de salud

F1. ¿Actualmente está cuidando o tomando decisiones sobre la salud de alguien con **una condición médica, conductual, discapacidad u otra condición?**

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Sí, a uno de mis padres o ambos
Caregiving_Parent
- ☐ 1 Sí, a mi esposo(a) o pareja
Caregiving_Spouse
- ☐ 1 Sí, a uno o varios hijos(s) que necesita(n) cuidados especiales debido a una condición médica o a una discapacidad
Caregiving_Child2
- ☐ 1 Sí, a otro miembro de la familia
Caregiving_AnotherFam
- ☐ 1 Sí, a un amigo u otra persona que no es mi pariente
Caregiving_Friend
- ☐ 1 No → **Pase a la pregunta G1**
Caregiving_No
CaregivingWho_Cat

F2. ¿Proporciona alguno de estos cuidados profesionalmente como parte de un trabajo (por ejemplo, como enfermero(a) o asistente profesional de salud en el hogar)?

- ☐ 1 Sí
Caregiving_Professional
- ☐ 2 No

F3. 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 todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Cáncer
Caregiving_Cancer
- ☐ 1 Alzheimer, confusión, demencia, problemas de la memoria, lesión cerebral, accidente cerebrovascular u otro problema neurológico
Caregiving_AlzNeuro
- ☐ 1 Un estado grave, pero a corto plazo, como la recuperación después de una operación o de una lesión
Caregiving_ShortTerm
- ☐ 1 Una enfermedad prolongada, como presión arterial alta o hipertensión, diabetes, enfermedad del corazón, ataque cardíaco, enfermedades pulmonares o enfisema
Caregiving_LongTerm
- ☐ 1 Dificultad para moverse, por ejemplo, un problema ortopédico, osteomuscular o relacionado con la edad
Caregiving_OrthoAging
- ☐ 1 Un problema de salud mental, abuso de sustancias, o un problema intelectual o de desarrollo
Caregiving_MentalHealth2
- ☐ 1 Otro (especifique): →
Caregiving_Other_OS
- ☐ 1 No estoy seguro(a) / No sé
Caregiving_NotSure
CaregivingCond_Cat

F4. 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?

- ☐ 5 La persona que recibe cuidados no tiene un reporte médico en línea
Caregiving_AccessMedRec2
- ☐ 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.

¿De cuáles de los siguientes tipos de pruebas genéticas **ha oído hablar**?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ **Pruebas sobre la ascendencia** para saber de dónde vienen usted y sus familiares (por ejemplo, pruebas que ofrecen empresas como Ancestry o 23andMe)
`HeardGenTest_Ancestry2`
- ☐ **Pruebas de rasgos personales** para saber si tiene genes vinculados a determinadas características, como disfrutar del sabor del cilantro (por ejemplo, pruebas que ofrecen empresas como Ancestry o 23andMe)
`HeardGenTest_PersonalTrait`
- ☐ **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
`HeardGenTest_SpecificDisease`
- ☐ **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
`HeardGenTest_Prenatal`
- ☐ Otro (especifique): →

`HeardGenTest_Other`
`HeardGenTest_Other_OS`
- ☐ No he oído hablar de ninguna prueba genética → **Pase a la pregunta H1**
`HeardGenTest_None`
`HeardGenTest_Cat`

G2. ¿De cuál de las siguientes fuentes leyó o escuchó sobre las pruebas genéticas?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ Internet (redes sociales, búsquedas en Google)
`TestSource_IntSocMed`
- ☐ Otros medios de comunicación (televisión, radio, periódico, revistas)
`TestSource_OthMedia`
- ☐ Proveedor de atención médica y / o consejera
`TestSource_HCPCounselor`
- ☐ Familiar o amigo(a)
`TestSource_FamFriend`
- ☐ No he oído hablar de ninguna prueba genética → **Pase a la pregunta H1**
`TestSource_NotHeard`
`TestSource_Cat`

G3. ¿Cuáles de los siguientes tipos de pruebas genéticas **se ha hecho**?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☒ **Pruebas sobre la ascendencia** para saber de dónde vienen usted y sus familiares (por ejemplo, pruebas que ofrecen empresas como Ancestry o 23andMe)
`HadTest3_Ancestry2`
- ☒ **Pruebas de rasgos personales** para saber si tiene genes vinculados a determinadas características, como disfrutar del sabor del cilantro (por ejemplo, pruebas que ofrecen empresas como Ancestry o 23andMe)
`HadTest3_PersonalTrait`
- ☒ **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`
- ☒ **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`
- ☒ Otro (especifique): → `HadTest3_Other`
`HadTest3_Other_OS`
- ☒ No estoy seguro(a) de qué tipo de prueba genética me han hecho → **Pase a la pregunta H1**
`HadTest3_NotSure`
- ☒ No me he hecho ninguna prueba genética → **Pase a la pregunta H1**
`HadTest3_NotHad`
`HadTest3_Cat`

G4. Si le hicieron una **prueba genética para determinar el riesgo de enfermedad (incluida la prueba de portador prenatal)**, ¿cómo se hizo la prueba?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☒ Un asesor genético ordenó la prueba
`RiskTest_Counselor`
- ☒ Otro proveedor de atención médica que me atiende (diferente del asesor genético) ordenó la prueba
`RiskTest_HCP`
- ☒ Yo ordené la prueba directamente por Internet en el laboratorio o la compañía
`RiskTest_TestCo`
- ☒ No me he hecho ninguna prueba genética para determinar el riesgo de sufrir una enfermedad
`RiskTest_NotHad`
`RiskTest_Cat`

G5. ¿Cuáles fueron las razones por las que se hizo una prueba genética?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☒ Por recomendación del médico
`ReasonTest_DocRec`
- ☒ Para entender la ascendencia de mi familia
`ReasonTest_UnderstandFam`
- ☒ Para encontrar parientes
`ReasonTest_FindFam`
- ☒ Para aprender más acerca de las características personales en las que puede influir la genética
`ReasonTest_PersTraits`
- ☒ Para aprender más acerca del riesgo que corro de sufrir ciertas enfermedades (por ejemplo, cáncer o enfermedad cardiovascular)
`ReasonTest_DiseaseRisk`
- ☒ Para entender cosas como la mejor alimentación para mí
`ReasonTest_LearnStrategies`
- ☒ Para pruebas prenatales, por ejemplo, detección de portadores
`ReasonTest_Prenatal`
- ☒ Recibí la prueba como un regalo
`ReasonTest_Gift`
- ☒ Otra (especifique): → `ReasonTest_Other`
`ReasonTest_Other_OS`
`ReasonTest_Cat`

G6. 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)

G7. Si se hizo una prueba genética, ¿con quién compartió los resultados?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 El proveedor de atención médica que le atiende
SharedRes4_HCP
- ☐ 1 El asesor genético
SharedRes4_Counselor
- ☐ 1 Su cónyuge o pareja
SharedRes4_Spouse
- ☐ 1 Sus padres
SharedRes4_Parent
- ☐ 1 Sus hermanos
SharedRes4_Sibling
- ☐ 1 Sus hijos
SharedRes4_Child
- ☐ 1 Un(a) amigo(a)
SharedRes4_Friend
- ☐ 1 Otra persona
SharedRes4_Other
- ☐ 1 No compartí los resultados
SharedRes4_NotShared
SharedRes4_Cat

G8. Si se hizo una prueba genética, ¿qué esperaba que pasara con los resultados después de la prueba?

GentTestExpectations

Marque solo una respuesta.

- ☐ 1 El laboratorio o la compañía que hizo la prueba solo compartiría los resultados conmigo y con el profesional de la salud que me atiende → **Pase a la pregunta G10**
- ☐ 2 El laboratorio o la compañía que hizo la prueba podría compartir también los resultados con otros grupos

G9. Además de usted y del proveedor de atención médica que le atiende, ¿con quién creyó que el laboratorio que hizo la prueba genética compartiría sus resultados?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Con investigadores científicos para fines de investigación
LabShare_ScientificRes
- ☐ 1 Con otras compañías con fines de lucro para objetivos comerciales, por ejemplo, con compañías farmacéuticas o compañías que reúnen y venden datos de salud
LabShare_ForProfitCo
- ☐ 1 Con organizaciones que velan por el cumplimiento de la ley para fines legales
LabShare_LEAgencies
- ☐ 1 Con compañías de seguros
LabShare_InsCo
LabShare_Cat

G10. Si se hizo una prueba genética, ¿quién le ayudó a entender los resultados?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ El proveedor de atención médica que le atiende
UndGenTest3_HCP
- ☐ El asesor genético
UndGenTest3_Counselor
- ☐ Su cónyuge o pareja
UndGenTest3_Spouse
- ☐ Sus padres
UndGenTest3_Parent
- ☐ Sus hermanos
UndGenTest3_Sibling
- ☐ Sus hijos
UndGenTest3_Child
- ☐ Un(a) amigo(a)
UndGenTest3_Friend
- ☐ Otra persona
UndGenTest3_Other
- ☐ Nadie me ayudó a entender los resultados
UndGenTest3_NoOne
- ☐ UndGenTest3_Cat

G11. ¿Cómo ha cambiado su comportamiento según los resultados de las pruebas genéticas?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ Cambié mi estilo de vida (por ejemplo, aumenté la actividad física, cambié la alimentación o dejé de fumar)
BehavChg_ChgLifeStyle
- ☐ Comencé a tomar suplementos alimenticios o cambié los que tomaba
BehavChg_DietSupp
- ☐ Cambié de medicamentos
BehavChg_Meds
- ☐ Me hice más pruebas de detección
BehavChg_MoreScreenings
- ☐ Me hice menos pruebas de detección
BehavChg_FewerScreenings
- ☐ Otro (especifique): →

BehavChg_Other

BehavChg_Other_OS
- ☐ No he cambiado mi conducta con base en las pruebas genéticas
BehavChg_NoChg
- ☐ BehavChg_Cat

H: Su salud general

H1. En general, ¿cómo calificaría su salud?

GeneralHealth

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

H2. En general, ¿qué tan seguro(a) está de su capacidad para cuidar bien de su salud?

OwnAbilityTakeCareHealth

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

H3. En general, ¿qué tan fácil o difícil le resulta comprender las estadísticas médicas?

UndMedicalStats

- ☐ 1 Muy fácil
- ☐ 2 Fácil
- ☐ 3 Difícil
- ☐ 4 Muy difícil

H4. ¿Padece de sordera o se le dificulta mucho oír?

Deaf

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

H5. ¿Tiene amigos o familiares con quienes habla acerca de su salud?

TalkHealthFriends

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

H6. ¿Algún médico u otro proveedor de atención médica le ha dicho alguna vez que usted tiene alguno de los siguientes problemas de salud?

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

H7. ¿Aproximadamente cuál es su altura sin zapatos?

Height_Feet, Height_Inches
 Pies y Pulgadas

H8. ¿Aproximadamente cuál es su peso sin zapatos?

Weight
 Libras

H9. En los últimos 7 días, ¿cuántas horas durmió en promedio por noche?

AverageSleepNight
 Horas de sueño *por noche*

H10. Responda a cada pregunta marcando un espacio por línea.

| | Mucho | Bastante | Algo | Un poco | Nada |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Mi vida tiene sentido..... <i>LifeHasMeaning</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| b. Tengo un claro sentido de dirección en la vida..... <i>ClearSenseDir</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| c. Experimento una profunda plenitud en mi vida..... <i>DeepFulfillment</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| d. Mi vida tiene un propósito..... <i>LifeHasPurpose</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

H11. 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> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| b. Me he sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas..... <i>Hopeless</i> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| c. Me he sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta..... <i>Nervous</i> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |
| d. No he podido dejar de preocuparme ni controlar las preocupaciones..... <i>Worrying</i> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="4"/> |

H12. 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> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |
| b. Siento que la gente apenas me conoce..... <i>FeelPeopleBarelyKnow</i> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |
| c. Me siento aislado(a) de los demás..... <i>FeelIsolated</i> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |
| d. Siento que las personas están a mi alrededor pero no conmigo..... <i>FeelPeopleNotWithMe</i> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="4"/> | <input type="text" value="3"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> |

J: Medio ambiente y salud

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

ClimateChgHarmHealth

- Mucho
- Algo
- Un poco
- Nada
- No sé

J2. 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 J5)

J3. En la vez más reciente en que se quemó por el sol, ¿Qué estaba haciendo cuando se quemó?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ Realizando su trabajo
Sunburned_JobOutside
- ☐ Trabajando al aire libre en su propia casa o en la casa de un familiar o amigo
Sunburned_HomeOutside
- ☐ Tomando el sol
Sunburned_Sunbathing
- ☐ Nadando
Sunburned_Swimming
- ☐ Haciendo ejercicio (corriendo, caminando por el campo, practicando deportes) (sin incluir la natación)
Sunburned_Exercise
- ☐ Viendo un evento deportivo
Sunburned_SportingEvent
- ☐ Asistiendo a un evento o lugar al aire libre (un concierto, el zoológico, una feria, etc.)
Sunburned_OutdoorEvent
- ☐ Haciendo las actividades cotidianas
Sunburned_DayToDay
- ☐ Otra cosa
Sunburned_Other
- ☐ No sé
Sunburned_Dk

J4. ¿Estaba bebiendo alcohol alguna de las veces que se quemó por el sol?

- Sunburned_Alcohol*
- ☐ Sí
- ☐ No

J5. Después de varios meses de no estar mucho bajo 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*
- ☐ Tendría una quemadura de sol intensa con ampollas
- ☐ Tendría una quemadura de sol moderada con peladura
- ☐ Me quemaría levemente con un poco o nada de bronceado
- ☐ Mi piel se volvería más oscura sin quemadura de sol
- ☐ No le pasaría nada a mi piel



K: Determinantes sociales de la salud

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

| | Sucedió a menudo | Sucedió a veces | No sucedió |
|---|------------------|-----------------|------------|
| 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>CutSkipMeals</i> | 1 | 2 | 3 |
| b. Alguien en su hogar no tenía dinero suficiente para consumir comidas balanceadas..... <i>CannotAffordMeals</i> | 1 | 2 | 3 |
| c. Alguien en su hogar estaba preocupado por verse obligado a mudarse (por ejemplo, debido a un desalojo o una ejecución hipotecaria) <i>WorryForcedMove</i> | 1 | 2 | 3 |
| 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>LackTransportation</i> | 1 | 2 | 3 |

K2. Si estuviera experimentando uno de los problemas a continuación, ¿qué tan cómodo(a) se sentiría si sus proveedores de atención médica **compartieran entre sí su información sobre estos problemas para fines de su tratamiento?**

| | Muy cómodo(a) | Algo cómodo(a) | Algo incoómodo(a) | Muy incoómodo(a) |
|---|---------------|----------------|-------------------|------------------|
| a. Problemas para pagar o acceder a alimentos saludables..... <i>HCPShare_FoodIssues</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Problemas de transporte que le dificultan llegar al trabajo o a las citas médicas..... <i>HCPShare_TranspIssues</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Problemas de vivienda (por ejemplo, preocupación sobre el desalojo, dificultad para hacer los pagos de la hipoteca, pintura con plomo, presencia de asbesto)..... <i>HCPShare_HousingIssues</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

L: Salud y nutrición

- L1. Piense en **la última vez** que pidió comida en un restaurante o en un lugar de comida rápida. ¿Notó la información acerca de las calorías al lado de la comida en el menú o en el tablero del menú?

NoticeCalorieInfoOnMenu

- ☐ 1 Sí
☐ 2 No

- L2. Los siguientes son ejemplos de una bebida alcohólica:



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

DrinkDaysPerWeek

Días a la semana

(Si la respuesta es 0, pase la pregunta L4)

- L3. Durante los últimos 30 días, **en los días en que bebió**, ¿aproximadamente cuántas bebidas tomó en promedio?

DrinksPerDay

Bebidas al día en promedio

- L4. **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

L5. En los próximos 12 meses, es probable que yo...

AlcoholIntent

- ☐ 1 Beba menos alcohol que ahora
- ☐ 2 Beba aproximadamente tanto alcohol como ahora
- ☐ 3 Beba más alcohol que ahora
- ☐ 4 No bebo alcohol ahora y no pienso beberlo en el futuro

L6. ¿Ha oído o leído alguna vez que el alcohol aumenta el riesgo de cáncer?

HeardAlcoholIncreaseCancer

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No
- ☐ 3 No sé

L7. En los últimos 12 meses, ¿ha oído **de los médicos o de otros proveedores de atención médica** acerca de las consecuencias negativas del consumo de alcohol para la salud?

HCPAlcoholConsequences

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **Pase a la pregunta L9**
- ☐ 3 No he tenido ninguna cita médica en los últimos 12 meses → **Pase a la pregunta L9**

L8. ¿De cuáles de las siguientes consecuencias del consumo de alcohol en la salud le ha hablado **el médico u otro proveedor de atención médica**?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Alcoholismo
HCPAlcohol_Alcoholism
- ☐ 1 Cáncer
HCPAlcohol_Cancer
- ☐ 1 Diabetes
HCPAlcohol_Diabetes
- ☐ 1 Enfermedad del corazón
HCPAlcohol_Heart
- ☐ 1 Enfermedad del hígado
HCPAlcohol_Liver
HCPAlcohol_Cat

L9. En comparación con no beber alcohol, ¿cree que tomar 1 o 2 bebidas alcohólicas al día...?

AlcoholRiskHealth

- ☐ 1 Disminuye el riesgo de tener problemas de salud futuros
- ☐ 2 No tiene efecto en el riesgo de tener problemas de salud futuros
- ☐ 3 Aumenta el riesgo de tener problemas de salud futuros
- ☐ 4 No sé

M: Actividad física y ejercicio

- M1. **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)?

TimesModerateExercise

☐ 0 Ninguno → **Pase a la pregunta M3**

☐ 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

- M2. 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

- M3. **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)?

TimesStrengthTraining

☐ 0 Ninguno

☐ 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

- M4. 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

N: Productos que contienen tabaco

N1. En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia, si acaso, ha notado las advertencias de salud en las cajetillas de cigarrillos?

CigPackWarnings

- ☐ 1 No vi ninguna cajetilla de cigarrillos en los últimos 3 meses
- ☐ 2 Nunca
- ☐ 3 Casi nunca
- ☐ 4 A veces
- ☐ 5 A menudo
- ☐ 6 Muy a menudo
- ☐ 7 No sé

N2. Para las siguientes preguntas, piense en **todos los productos de tabaco**, incluidos los cigarrillos, los cigarrillos electrónicos, el tabaco sin humo, los puros, las pipas, las pipas de agua electrónicas (hookah), el tabaco para enrollar y el tabaco para calentar.

Durante los últimos **3 meses**, ¿ha notado o escuchado algún **mensaje anti-tabaco** (es decir, mensajes que hablan sobre los peligros de los productos del tobacco o fomenten dejar de fumar) en alguno de los siguientes lugares?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Dentro o fuera de las tiendas que venden productos de tabaco (incluidos los letreros y exhibidores de productos)
AntiTobacco_Stores
- ☐ 1 En vallas publicitarias (incluso al lado de la carretera, lugares como paradas de autobús o en trenes)
AntiTobacco_Billboards
- ☐ 1 En una farmacia
AntiTobacco_Pharmacy
- ☐ 1 En bares o restaurantes
AntiTobacco_BarRest
- ☐ 1 En eventos (como ferias, mercados, festivales, eventos deportivos o conciertos)
AntiTobacco_Events
- ☐ 1 En la radio
AntiTobacco_Radio
- ☐ 1 En televisión o en plataformas de transmisión por Internet (como Netflix o Hulu)
AntiTobacco_TV
- ☐ 1 En las redes sociales (como Facebook, Twitter, TikTok, YouTube e Instagram)
AntiTobacco_SocMed
- ☐ 1 En otros sitios web o fuentes en línea
AntiTobacco_OthOnline
- ☐ 1 En periódicos o revistas impresos
AntiTobacco_PrintMedia
- ☐ 1 En el correo postal o electrónico que usted recibe
AntiTobacco_MailEmail
- ☐ 1 Otro (especifique): →

AntiTobacco_Other
AntiTobacco_OS
- ☐ 1 No noté ningún mensaje en contra del tabaco
AntiTobacco_DidNotNotice
AntiTobacco_Cat

N3. Durante los últimos **3 meses**, ¿ha notado o escuchado **que se anuncian, comercializan o promocionan** productos de tabaco en alguno de los siguientes lugares?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☒ 1 Adentro o afuera de las tiendas que venden productos que contienen tabaco
(incluidos los despliegues y los avisos de los productos)
TobaccoAds_Stores
- ☒ 1 En vallas publicitarias (incluso al lado de la carretera, lugares como paradas de autobús o en trenes)
TobaccoAds_Billboards
- ☒ 1 En una farmacia
TobaccoAds_Pharmacy
- ☒ 1 En bares o restaurantes
TobaccoAds_BarRest
- ☒ 1 En eventos (como ferias, mercados, festivales, eventos deportivos o conciertos)
TobaccoAds_Events
- ☒ 1 En sitios temporales o móviles de venta o en quioscos (en centros comerciales, en la calle y en otros lugares, pero no en eventos específicos)
TobaccoAds_PopUps
- ☒ 1 En la radio
TobaccoAds_Radio
- ☒ 1 En televisión o en plataformas de transmisión por Internet (como Netflix o Hulu)
TobaccoAds_TV
- ☒ 1 En las redes sociales (como Facebook, Twitter, TikTok, YouTube e Instagram)
TobaccoAds_SocMed
- ☒ 1 En otros sitios web o fuentes en línea
TobaccoAds_OthOnline
- ☒ 1 En periódicos o revistas impresos
TobaccoAds_PrintMedia
- ☒ 1 En el correo postal o electrónico que usted recibe
TobaccoAds_MailEmail
- ☒ 1 Otro (especifique): →
TobaccoAds_OS
- ☒ 1 No noté que se anunciara, comercializara ni promoviera ningún producto que contuviera tabaco
TobaccoAds_DidNotNotice
TobaccoAds_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. Las siguientes preguntas se refieren a los cigarrillos electrónicos **que contienen nicotina**. Quizá los conozca como vaporizadores, bolígrafos vaporizadores (vape-pens), tanques, mods y pod-mods. Los cigarrillos electrónicos son dispositivos que funcionan con baterías y contienen un líquido que se vaporiza e inhala.

En comparación con fumar cigarrillos, ¿diría que usar cigarrillos electrónicos **que contienen nicotina** es...?

- ElectCigLessHarm2*
- ☒ 1 Mucho menos perjudicial
- ☒ 2 Menos perjudicial
- ☒ 3 Igualmente perjudicial
- ☒ 4 Más perjudicial
- ☒ 5 Mucho más perjudicial
- ☒ 7 No sé

N7. ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico, incluso si solo fue una o dos veces?

UsedECigEver

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → Pase a la pregunta O1

N8. ¿Usa un cigarrillo electrónico todos los días, algunos días o no lo usa nunca?

UseECigNow

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

O: Detección de Cáncer y concientización

O1. ¿Qué tanto le interesa hacerse una prueba de detección del cáncer en el próximo año?

InterestedCaScreening

- ☐ 1 Nada
- ☐ 2 Un poco
- ☐ 3 Algo
- ☐ 4 Mucho
- ☐ 5 No corresponde. Estoy al día con las pruebas de detección

O2. 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 pensaba hacerme ninguna prueba de detección)

O3. 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

O4. **Para los hombres: Pase a la pregunta O5**

Para las mujeres: ¿Hace cuánto tiempo se hizo la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino?

WhenPapTest

- ☐ 1 Hace un año o menos
- ☐ 2 Hace más de un año, máximo 2
- ☐ 3 Hace más de 2 años, máximo 3
- ☐ 4 Hace más de 3, máximo 5
- ☐ 5 Hace más de 5 años
- ☐ 6 Nunca me he hecho la prueba de Papanicolaou

7= I am male (Web only)

O5. 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.

La prueba de sangre en la materia fecal: Para esta prueba usted recoge una muestra de materia fecal en casa y luego se la entrega al médico o a un laboratorio para que la analice.

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

DocTellColorectalTests

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

O6. ¿Alguna vez ha oído hablar del **VPH**? VPH es la abreviatura del virus del papiloma humano. No se trata del VHC, del VIH ni del VHS o virus del herpes.

HeardHPV

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **Pase a la pregunta O8**

O7. ¿Cree que el **VPH** puede causar cáncer de cuello uterino?

HPVCauseCancer_Cervical

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No
- ☐ 3 No estoy seguro(a)

O8. Existe una vacuna que previene la infección por el VPH. Se llama vacuna contra el **VPH**, vacuna contra el cáncer de cuello uterino o Gardasil®.

¿Había oído hablar antes de hoy de la vacuna contra el cáncer de cuello uterino o contra el VPH?

HeardHPVVaccine2

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

P: Creencias acerca del cáncer

Piense en el cáncer en general al responder a las preguntas de esta sección.

P1. ¿Qué tanto le preocupa contraer cáncer?

FreqWorryCancer

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

P2. En comparación con otras personas de su edad, ¿qué tan probable **le parece que usted pueda contraer** cáncer en algún momento de la vida?

ChanceGetCancer2

- ☐ 1 Tengo cáncer o lo he tenido
- ☐ 2 Muy improbable
- ☐ 3 Improbable
- ☐ 4 Ni probable ni improbable
- ☐ 5 Probable
- ☐ 6 Muy probable
- ☐ 7 No sé

P3. ¿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> | <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 reducir sus probabilidades de contraer cáncer..... <i>PreventNotPossible</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Hay tantas recomendaciones diferentes sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... <i>TooManyRecommendations</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Cuando pienso en el cáncer, automáticamente pienso en la muerte..... <i>CancerFatal</i> | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

P4. ¿En qué medida cree que cada uno de los siguientes factores aumentaría la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer?

| | Mucho | Un poco | Nada | No sé |
|---|-------|---------|------|-------|
| a. Tomar gaseosa u otras bebidas azucaradas..... <i>IncreaseCancer_SodaSugar</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Consumir alcohol..... <i>IncreaseCancer_Alcohol</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

P5. ¿En qué medida cree que cada uno de los siguientes factores aumentaría la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer?

| | Mucho | Un poco | Nada | No sé |
|--|-------|---------|------|-------|
| a. Comer demasiada carne procesada (por ejemplo: tocino, fiambres, salchichas)..... <i>IncreaseCancer_TMProcMeat</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b. Comer demasiadas carnes rojas (por ejemplo, de res, de cerdo, jamón)..... <i>IncreaseCancer_TMRedMeat</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| c. Comer demasiadas comidas rápidas y alimentos procesados ricos en grasas, almidones o azúcares (por ejemplo, comidas preparadas, productos de pastelería, postres)..... <i>IncreaseCancer_TMFastFood</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d. No comer suficientes frutas ni verduras..... <i>IncreaseCancer_NEFruitVeg</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |
| e. No dormir lo suficiente..... <i>IncreaseCancer_NESleep</i> | 1 | 2 | 3 | 4 |

P6. Las siguientes preguntas se refieren a los avances en el tratamiento del cáncer. Por favor responda basándose en lo que cree; no hay una respuesta correcta o incorrecta.

| | Mucho | Algo | Un poco | Casi nada | No sé |
|--|-------|------|---------|-----------|-------|
| a. ¿Qué tanto se ha avanzado en la prevención del cáncer?..... <i>CaProgress_Prevention</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. ¿Qué tanto se ha avanzado en la cura del cáncer?..... <i>CaProgress_Cures</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Q: Antecedentes de cáncer

Q1. ¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer?

EverHadCancer

☐ 1 Sí

☐ 2 No → Pase a la pregunta Q4

Q2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo?

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 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

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

☐ 1 FamilyEverHadCancer2 Sí

☐ 2 No

☐ 3 No estoy seguro(a)

R: Usted y su hogar

R1. ¿Cuántos años tiene?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Age
Años

R2. ¿Figura como hombre o mujer en su partida o acta de nacimiento original?

☐ 1 BirthGender Hombre

☐ 2 Mujer

R3. ¿Cuál es su identidad de género en la actualidad?

Marque solo una respuesta.

☐ 1 GenderIdentity Hombre

☐ 2 Mujer

☐ 3 Transgénero

☐ 4 Inconformidad de género

☐ 91 Otra (especifique): →

R4. En los últimos 30 días, ¿normalmente trabajó 35 horas o más a la semana en total en todos sus empleos o negocios?

☐ 1 WorkFullTime Sí

☐ 2 No

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

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Empleado(a)
Occupation_Employed
- ☐ 1 Desempleado(a) durante un año o más
Occupation_1YUnemployed
- ☐ 1 Desempleado(a) durante menos de un año
Occupation_Less1YUnemployed
- ☐ 1 Amo(a) de casa
Occupation_Homemaker
- ☐ 1 Estudiante
Occupation_Student
- ☐ 1 Jubilado(a)
Occupation_Retired
- ☐ 1 Discapacitado(a)
Occupation_Disabled
- ☐ 1 Otro (especifique): →

Occupation_Other
Occupation_Other_OS
Occupation_Cat

R6. ¿Cuál es su estado civil?

Marque solo una respuesta.

- ☐ 1 Casado(a)
MaritalStatus
- ☐ 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

R7. ¿Cuál es el grado o nivel de educación más alto que ha terminado?

- ☐ 1 Menos de 8 años
Education
- ☐ 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

R8. ¿Es de origen hispano, latino o español? Puede seleccionar una o más categorías.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 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

R9. ¿De qué raza es? Puede seleccionar una o más categorías.

Marque todas las respuestas que correspondan.

- ☐ 1 Blanca
White
- ☐ 1 Negra o afroamericana
Black
- ☐ 1 Indígena estadounidense u originaria de Alaska
AmerInd
- ☐ 1 Asiática de la India
AsInd
- ☐ 1 China
Chinese
- ☐ 1 Filipina
Filipino
- ☐ 1 Japonesa
Japanese
- ☐ 1 Coreana
Korean
- ☐ 1 Vietnamita
Vietnamese
- ☐ 1 Originaria de otro país asiático
OthAsian
- ☐ 1 Originaria de Hawái
Hawaiian
- ☐ 1 Guameña o chamorra
Guamanian
- ☐ 1 Samoense
Samoan
- ☐ 1 Originaria de otra isla del Pacífico
OthPacIsl
Race_Cat2

R10. ¿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

R11. ¿Se considera...?

Marque solo una respuesta.

- SexualOrientation*
- ☐ 1 Heterosexual
 - ☐ 2 Homosexual, o bien, gay o lesbiana
 - ☐ 3 Bisexual
 - ☐ 91 Otro (especifique): →

R12. **Incluyéndose a usted mismo(a)**, ¿cuántas personas viven en su hogar?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

TotalHousehold
Número de personas

R13. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

ChildrenInHH
Número de niños menores de 18 años



R14. 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 obtenido 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 mas

R15. ¿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

R16. Le invitamos a participar en futuros encuestas de salud para el Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Estos estudios son voluntarios e implicarán responder encuestas como esta unas cuantas veces al año. Recibirá una tarjeta de regalo electrónica de Amazon de \$20 una vez que se haya registrado.

Si está interesado en participar, escriba su dirección de correo electrónico en el cuadro a continuación. Muy pronto, recibirá un correo electrónico con instrucciones sobre cómo registrarse para futuros encuestas. Su correo electrónico se mantendrá privado y solo se utilizará para enviarle información sobre futuras encuestas.

Correo electrónico:



¡Gracias!

Nos gustaría enviarle \$30 como muestra de agradecimiento por su participación en HINTS. Usted tiene la opción de recibir \$30 como un código de tarjeta de regalo electrónico de Amazon por correo electrónico, o recibir un cheque por correo a la dirección donde recibió esta encuesta.

Para recibir una tarjeta de regalo de Amazon de \$30, por favor proporcione su dirección de correo electrónico:

Correo electrónico:

Para recibir un cheque de \$30, por favor proporcione su nombre y apellido:

Nombre:

Apellido:

Por favor escriba claramente y devuelva este cuestionario en el sobre prepagado en las próximas 2 semanas.

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

HINTS Study
Westat
1600 Research Boulevard
Rockville, MD 20850