



Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud



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?

AdultsInHH

☐ 1 Sí

☐ 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?

1 SeekHealthInfo Sí

2 No → **VAYA A LA PREGUNTA A5** más abajo

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

Marque sólo una de las siguientes opciones. WhereSeekHealthInfo

1 Libros WhereSeekHealthInfo_IMP

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

A3. La última vez que buscó información acerca de temas de salud o de medicina, ¿para quién era?

1 WhoLookingFor Para mí

2 Para otra persona

3 Para otra persona y para mí

A4. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de temas de salud o de medicina, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba..... LotofEffort	1	2	3	4
b. Se sintió frustrado buscando información..... Frustrated	1	2	3	4

A5. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información de salud o temas médicos si lo necesita?

ConfidentGetHealthInf

1 Confío completamente

2 Confío mucho

3 Confío parcialmente

4 Confío un poco

5 No confío en absoluto



A6. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

	Nada en absoluto ↓	Un poco ↓	Algo ↓	Mucho ↓
a. Un médico..... <i>TrustDoctor</i>	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... <i>TrustFamily</i>	4	3	2	1
c. Agencias gubernamentales de salud..... <i>TrustGov</i>	4	3	2	1
d. Organizaciones de caridad..... <i>TrustCharities</i>	4	3	2	1
e. Organizaciones y líderes religiosos..... <i>TrustReligiousOrgs</i>	4	3	2	1

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

Marque sólo una de las siguientes opciones.

StrongNeedHealthInfo

StrongNeedHealthInfo_IMP

- ☐ 1 Libros
- ☐ 2 Folletos, hojas volantes, 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 → *StrongNeedHealthInfo_OS*

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

SeekCancerInfo

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

B: Utilizando el Internet para hallar información

B1. ¿Alguna vez usa el Internet para conectarse a la Red o para enviar y recibir correo electrónico?

UseInternet

☐ 1 Sí

☐ 2 No → VAYA A LA PREGUNTA B5 más abajo

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

	Sí	No
a. Una línea telefónica..... Internet_DialUp	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Banda ancha tal como DSL, cable o FiOS..... Internet_BroadBnd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G)..... Internet_Cell	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Una red inalámbrica (WiFi)..... Internet_WiFi	<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..... WhereUseInternet_Home	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Computadora en el trabajo..... WhereUseInternet_Work	<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)..... WhereUseInternet_PublicPlace	<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)..... WhereUseInternet_MobileDevice	<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..... Electronic_SelfHealthInfo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Comprar medicamentos o vitaminas utilizando el Internet..... Electronic_BuyMedicine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Utilizar correo electrónico o el Internet para comunicarme con un médico o con un consultorio médico..... Electronic_TalkDoctor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Mantenerse informado de los cargos y costos del cuidado de la salud..... Electronic_TrackedHealthCosts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Ver los resultados de pruebas que le hayan hecho..... Electronic_TestResults	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Hacer citas con un proveedor de cuidado de la salud..... Electronic_MadeApts	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
g. Buscar información sobre el daño que causan los cigarrillos electrónicos o cigarrillos-e (también conocidos como vaporizadores, vaporizadores de pluma, tanques, vaporizadores personalizados avanzados [mods] o pod-mods)..... Electronic_ECigHarms	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

22702



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
HaveDevice_CellPh
- ☐ 1 No tengo ninguno de los anteriores } **VAYA A LA PREGUNTA B9 más abajo**
HaveDevice_None
HaveDevice_Cat

B7. ¿Tiene usted en su tableta o teléfono inteligente alguna aplicación relacionada con la salud y el bienestar?

TableHealthWellnessApps

- ☐ 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. En los últimos 12 meses, ¿ha usado un dispositivo electrónico portátil para supervisar o hacer el seguimiento de su salud o actividad? Por ejemplo, un Fitbit, Apple Watch o un Garmin Vivofit.

WearableDevTrackHealth

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA B12 en la próxima página**

B10. En el último mes, ¿con qué frecuencia usó un dispositivo portátil para supervisar su salud?

FreqWearDevTrackHealth

- ☐ 1 Todos los días
- ☐ 2 Casi todos los días
- ☐ 3 1 o 2 veces a la semana
- ☐ 4 Menos de una vez a la semana
- ☐ 5 No usé un dispositivo portátil el mes pasado

B11. ¿Estaría usted dispuesto a compartir los datos de salud de su dispositivo portátil con...

	Sí	No
a. su proveedor médico?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>WillingShareData_HCP</i>		
b. su familia o amigos?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<i>WillingShareData_Fam</i>		

B12. En los últimos 12 meses, ¿ha usado un dispositivo médico electrónico para supervisar o hacer un seguimiento de su salud? Por ejemplo, un glucómetro o un dispositivo digital de medición de la presión arterial.

OtherDevTrackHealth2

- ☐ 1 Sí
☐ 2 No

B13. ¿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?

SharedHealthDeviceInfo

- ☐ 1 Sí
☐ 2 No
☐ 3 No aplica

B14. 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.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IntRsn_VisitedSocNet		
b. Compartir información sobre la salud en un sitio de redes sociales como Facebook o Twitter.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IntRsn_SharedSocNet		
c. Escribir en un diario cibernético o blog (es decir Diario Web).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IntRsn_WroteBlog		
d. Participar en un foro en línea o grupo de apoyo para personas con problemas de salud o problemas médicos similares.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IntRsn_SupportGroup		
e. Ver un video relacionado con la salud en YouTube.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
IntRsn_YouTube		

B15. ¿Ha enviado un mensaje de texto a un médico u otro profesional del cuidado de la salud o lo ha recibido durante los últimos 12 meses?

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?
- RegularProvider
- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No
- C2. 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?
- FreqGoProvider
- ☐ 0 Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA C4 más abajo**
- ☐ 1 1 vez
- ☐ 2 2 veces
- ☐ 3 3 veces
- ☐ 4 4 veces
- ☐ 5 5-9 veces
- ☐ 6 10 o más veces
- C3. 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
- C4. Las clínicas de atención urgente, de atención sin previa cita o las minoristas son proveedores de atención médica que atienden a las personas sin necesidad de programar una cita. No se incluyen las visitas a la sala de emergencias.
- En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces visitó una clínica de atención urgente, de atención sin previa cita o minorista para recibir atención médica para su propio cuidado?
- FreqGoUrgentCare
- ☐ 0 No he visitado una clínica de atención urgente o de atención sin previa cita en los últimos 12 meses ← **VAYA A LAS INSTRUCCIONES EN LA CAJA EN LA PRÓXIMA PÁGINA**
- ☐ 1 1 vez
- ☐ 2 De 2 a 4 veces
- ☐ 3 De 5 a 9 veces
- ☐ 4 10 veces o más
- C5. En general, ¿cómo calificaría la calidad de la atención médica que recibió de la clínica de atención urgente o de atención sin previa cita en los últimos 12 meses?
- QualityCareUrgentCare
- ☐ 1 Excelente
- ☐ 2 Muy buena
- ☐ 3 Buena
- ☐ 4 Regular
- ☐ 5 Mala





Si no ha visto a ningún profesional de atención médica en los últimos 12 meses, vaya a la pregunta C7 más abajo.

De otra manera, vaya a la pregunta C6 más abajo.

C6. 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>	1	2	3	4
b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?..... <i>FellingsAddressed</i>	1	2	3	4
c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?..... <i>InvolvedDecisions</i>	1	2	3	4
d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?..... <i>UnderstoodNextSteps</i>	1	2	3	4
e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?..... <i>ExplainedClearly</i>	1	2	3	4
f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?..... <i>SpentEnoughTime</i>	1	2	3	4
g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?..... <i>HelpUncertainty</i>	1	2	3	4

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>	1	2
b. Seguro comprado directamente de una compañía de seguros..... <i>HealthIns_InsurancePriv</i>	1	2
c. Medicare, para personas de 65 años o más o personas con ciertas discapacidades..... <i>HealthIns_Medicare</i>	1	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>	1	2
e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias..... <i>HealthIns_Tricare</i>	1	2
f. VA (incluyendo aquellos que alguna vez han usado o se han inscrito para el cuidado de la salud VA)..... <i>HealthIns_VA</i>	1	2
g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service)..... <i>HealthIns_IHS</i>	1	2
h. Cualquier otro tipo de seguro de salud o plan de cobertura de la salud (Especifique)..... <i>HealthIns_Other</i>	1	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. ¿Le ha ofrecido alguna vez acceso a sus registro médico por Internet su...

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

D3. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso a su registro médico en Internet en los últimos 12 meses?

AccessOnlineRecord

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

**VAYA A LA
PREGUNTA D5 en la
próxima página**

D4. ¿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
NotAccessed_SpeakDirectly		
b. usted no tiene manera de acceder al sitio Web?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoInternet		
c. usted no tiene necesidad de usar su registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoNeed		
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
NotAccessed_ConcernedPrivacy		
e. usted no tiene un registro médico en Internet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_NoRecord		
f. se le dificultó iniciar la sesión (por ejemplo, tuvo problemas para recordar su contraseña)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_LoginProb		
g. no se siente cómodo o no tiene experiencia con computadoras?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_Uncomfortable		
h. tiene más de un expediente médico en línea?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
NotAccessed_MultipleRec		



Si no tuvo usted acceso a su registro médico por Internet en los últimos 12 meses, VAYA A LA SECCIÓN E en la próxima página

Por lo demás, VAYA A LA PREGUNTA D5 más abajo.

D5. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted su registro médico en Internet para...

	Sí	No
a. solicitar reabastecimiento de medicamentos?..... <i>RecordsOnline_RefillMeds</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ver los resultados de una prueba?..... <i>RecordsOnline_ViewResults</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. solicitar la corrección de información errónea?..... <i>RecordsOnline_RequestCorrection</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. descargar información sobre su salud a su computadora o dispositivo móvil, como un teléfono celular o una tableta?..... <i>RecordsOnline_DownloadHealth</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. obtener ayuda para tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición?..... <i>RecordsOnline_MakeDecision</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. ¿Usó una aplicación de salud de su teléfono inteligente para ver sus expedientes médicos en línea?

AccessUsingHealthApp

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sé

D7. ¿Alguno de sus expedientes médicos en línea incluye notas clínicas (notas del proveedor médico que describan una visita)?

OnlineRecClinNotes

- ☐ Sí
☐ No
☐ No sé



D8. ¿Ha enviado su información médica electrónicamente a...

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

D9. ¿Qué tan fácil o difícil de comprender fue la información sobre su salud en su registro médico en Internet?

UnderstandOnlineMedRec

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

D10. 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, un miembro cercano 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 la Sección F en la próxima página**
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)?

Caregiving_Professional

- 1 Sí
- 2 No

E3. 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

E4. 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.

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

Caregiving_Other
Caregiving_Other_OS
- ☐ **No estoy seguro/a, No sé**
Caregiving_NotSure
CaregivingCond_Cat

E5. 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?

- ☐ **Ninguna**
Caregiving_AccessMedRec
- ☐ De 1 a 2 veces
- ☐ De 3 a 5 veces
- ☐ De 6 a 9 veces
- ☐ 10 o más veces

F: Su salud en general

F1. En general, ¿diría usted que su salud es...

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

F2. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para tomar buen cuidado de su salud?

- ☐ Confío completamente
OwnAbilityTakeCareHealth
- ☐ Confío mucho
- ☐ Confío bastante
- ☐ Confío un poco
- ☐ No confío



F3. Algunas personas evitan visitar al médico aún cuando sospechan que deberían hacerlo.
¿Diría que esto es correcto o incorrecto en su caso?

AvoidDoc

- ☐ 1 Correcto
☐ 2 Incorrecto

F4. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

Deaf

- ☐ 1 Sí
☐ 2 No

F5. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

TalkHealthFriends

- ☐ 1 Sí
☐ 2 No

F6. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

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

F7. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y Pulgadas

Height_Feet; Height_Inches

F8. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Weight
Libras

F9. En este momento, ¿se siente usted que...

WeightPerception

- ☐ 1 está con sobrepeso,
☐ 2 con un poco de sobrepeso,
☐ 3 con bajo peso,
☐ 4 un poco bajo(a) de peso, o
☐ 5 más o menos con el peso apropiado para usted?

F10. En algún momento durante el último año, ¿ha tratado intencionalmente de ...

WeightIntention

- ☐ 1 Perder peso,
☐ 2 Mantener su peso,
☐ 3 Ganar peso, o
☐ 4 Realmente no ha prestado atención a su peso?

F11. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por cualquiera de los siguientes problemas?

	Casi a diario	La mayoría de los días	Varios días	Ningún día
a. Poco interés o placer por hacer cosas..... <i>LittleInterest</i>	1	2	3	4
b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado..... <i>Hopeless</i>	1	2	3	4
c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas..... <i>Nervous</i>	1	2	3	4
d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación..... <i>Worrying</i>	1	2	3	4

F12 ¿A qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Controlo mis emociones cambiando mi manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro..... <i>ChangeThinking</i>	1	2	3	4
b. Considero cómo podrían ser las cosas en el futuro y trato de influir en esas cosas con mi comportamiento diario <i>ConsiderFuture</i>	1	2	3	4

G: Salud y nutrición

G1. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come cada día?

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

1 taza de fruta puede ser:

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

G2. ¿Aproximadamente cuántas tazas de verduras (incluyendo jugo de verduras puro al 100%) toma o come usted cada día?

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

1 taza de verduras puede ser:

- 3 tallos de brócoli
- 1 taza de hojas verdes cocinadas
- 2 tazas de lechuga u hojas verdes crudas
- 12 zanahorias pequeñas
- 1 papa mediana
- 1 batata (camote) grande
- 1 mazorca grande de maíz
- 1 tomate grande crudo
- 2 tallos de apio grandes
- 1 taza de frijoles cocidos



G3. ¿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

G4. 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 LA PREGUNTA G7 en la próxima página

G5. 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

G6. 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.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_FewerCalories		
b. Pedí algo con más calorías.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_MoreCalories		
c. Pedí menos alimentos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_FewerItems		
d. Pedí porciones más pequeñas.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_SmallerSizes		
e. Pedí más alimentos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_MoreItems		
f. Pedí porciones más grandes.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
CalorieInfo_LargerSizes		



G7. 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 LA PREGUNTA G9 más abajo

G8. Durante los últimos 30 días, en los días en que bebió alcohol, ¿aproximadamente cuántos tragos tomó promedio?

DrinksPerDay
Tragos en promedio por día

G9. ¿Cuál de las siguientes condiciones de la salud cree usted que puede ser un resultado de tomar demasiado alcohol?

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. Cáncer..... AlcoholConditions_Cancer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Enfermedad cardíaca..... AlcoholConditions_HeartDisease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Diabetes..... AlcoholConditions_Diabetes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Enfermedad del hígado..... AlcoholConditions_LiverDisease	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G10. En los últimos 12 meses, ¿cuánto ha oído hablar a un médico o a un profesional de atención médica sobre las consecuencias negativas para la salud del uso excesivo de alcohol?

- HCPAlcoholConsequences
- Mucho
- Algo
- Un poco
- Nada
- No he visto a un médico o a un profesional de la salud en los últimos 12 meses



H. Actividad física y ejercicio

H1. 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)?

TimeModerateExercise

☐ 0 Ninguno → **VAYA A LA PREGUNTA H3 más abajo**

☐ 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

H2. 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?

--	--	--

HowLongModerateExerciseMinutes

Minutos por día

H3. En una semana típica, aparte de su trabajo o del trabajo en casa, ¿cuántos días hace actividades físicas en su tiempo libre diseñadas específicamente para fortalecer sus músculos, como levantamiento de pesas o entrenamiento en circuitos? No incluya ejercicios cardiovasculares tales como caminar, montar bicicleta o nadar.

TimesStrengthTraining

☐ 0 Ninguno

☐ 1 1 día por semana

☐ 2 2 días por semana

☐ 3 3 días por semana

☐ 4 4 días por semana

☐ 5 5 días por semana

☐ 6 6 días por semana

☐ 7 7 días por semana

H4. 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.

--	--

AverageTimeSitting

Horas por día

H5. ¿A qué grado disfruta el ejercicio?

EnjoyExercise

☐ 4 Absolutamente nada

☐ 3 Un poco

☐ 2 Algo

☐ 1 Mucho

- H6. La gente comienza a hacer o continúa haciendo ejercicio regularmente por muchas razones. ¿Cuánto refleja cada uno de los siguientes enunciados la razón por la cual usted comenzaría o continuaría haciendo ejercicio regularmente?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Sentir presión de los demás..... <i>RegExercise_Pressure</i>	4	3	2	1
b. Sentir preocupación por su apariencia..... <i>RegExercise_Appearance</i>	4	3	2	1
c. Sentirse culpable cuando no hace ejercicio..... <i>RegExercise_Guilt</i>	4	3	2	1
d. Disfrutar el hacer ejercicio..... <i>RegExercise_Enjoyment</i>	4	3	2	1

- H7. El gobierno federal publica las pautas de actividad física para los estadounidenses, que recomiendan la actividad física que se debe hacer para conservar la salud. En los últimos 6 meses, ¿ha escuchado hablar sobre las recomendaciones del gobierno sobre las actividades físicas de cualquiera de las siguientes fuentes?

	Sí	No
a. Médico o profesional médico..... <i>GovPARec_HCP</i>	1	2
b. Medios sociales o Internet..... <i>GovPARec_Internet</i>	1	2
c. Televisión..... <i>GovPARec_TV</i>	1	2
d. Revista..... <i>GovPARec_Magazine</i>	1	2

- H8. Piense en la última vez que escuchó una nueva recomendación del gobierno sobre las actividades físicas o el ejercicio. ¿Cuál de lo siguiente describe mejor lo que hizo en respuesta a esta nueva recomendación?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ Aumenté la cantidad de actividad física/ejercicio que hacía
ExRec_IncreasedEx
- ☐ Reducí la cantidad de actividad física/ejercicio que hacía
ExRec_DecreasedEx
- ☐ Cambié el tipo de actividad física que hacía
ExRec_ChangeEx
- ☐ Busqué más información sobre la recomendación
ExRec_LookedInfo
- ☐ No cambié lo que hago
ExRec_NoChange
- ☐ No he oído hablar sobre ninguna recomendación del gobierno acerca de las actividades físicas o el ejercicio
ExRec_NotHeard
ExRec_Cat

- H9. En su opinión, ¿la actividad física...

	Sí	No	No estoy seguro/a
a. ayuda a dormir?..... <i>PhysAct_HelpSleep</i>	1	2	3
b. reduce la ansiedad y la depresión?..... <i>PhysAct_ReduceAnxiety</i>	1	2	3
c. reduce el dolor?..... <i>PhysAct_ReducePain</i>	1	2	3

- H10. En los últimos 7 días, ¿en promedio cuántas horas durmió por la noche?

		<i>AverageSleepNight</i> Horas de sueño <u>por noche</u>
--	--	---

H11. En los últimos 7 días, ¿cómo calificaría en general la calidad de su sueño?

AverageSleepQuality

- ☐ 1 Muy buena
- ☐ 2 Bastante buena
- ☐ 3 Bastante mala
- ☐ 4 Muy mala

H12. Algunas personas dicen que “les gusta levantarse temprano” o que “les gusta acostarse tarde.” ¿Qué tipo de persona se considera usted?

MorningNightPerson

- ☐ 1 Definitivamente me gusta levantarme temprano
- ☐ 2 Me gusta más levantarme temprano que acostarme tarde
- ☐ 3 No me gusta levantarme temprano ni acostarme tarde
- ☐ 4 Me gusta más acostarme tarde que levantarme temprano
- ☐ 5 Definitivamente me gusta acostarme tarde

J: Exposición al sol y a los rayos UV

J1. En días cálidos y soleados, ¿con qué frecuencia pasa tiempo bajo el sol para broncearse?

SpendTimeInSunTanning

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

J2. ¿Qué tanto le gusta pasar tiempo bajo el sol?

EnjoyTimeInSun

- ☐ 4 Absolutamente nada
- ☐ 3 Un poco
- ☐ 2 Algo
- ☐ 1 Mucho

J3. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sufrido quemaduras por los rayos del sol (hasta el enrojecimiento de una pequeña parte de su piel o dolor por 12 horas o más) debido a la exposición excesiva a los rayos del sol?

TimesSunburned

--	--	--

Quemaduras de sol en
los últimos 12 meses

→ Si 0 → VAYA A LA SECCIÓN K

- J4. La última vez que sufrió quemaduras por los rayos del sol, ¿qué estaba haciendo cuando eso sucedió?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ 1 Trabajando en su empleo
Sunburned_JobOutside
- ☐ 1 Trabajando fuera de su casa o de la casa de un familiar o amigo
Sunburned_HomeOutside
- ☐ 1 Tomando un baño de sol
Sunburned_Sunbathing
- ☐ 1 Nadando
Sunburned_Swimming
- ☐ 1 Haciendo ejercicio (corriendo, haciendo una caminata, haciendo deportes) (no incluya la natación)
Sunburned_Exercise
- ☐ 1 Viendo un evento deportivo
Sunburned_SportingEvent
- ☐ 1 En un evento o en un sitio al aire libre (un concierto, el zoológico, una feria, etc.)
Sunburned_OutdoorEvent
- ☐ 1 Actividades cotidianas
Sunburned_DayToDay
- ☐ 1 Otra cosa
Sunburned_Other
- ☐ 1 No sé
Sunburned_DK
SunburnedAct_Cat

- J5. La última vez que sufrió quemaduras por los rayos del sol, ¿hizo cualquiera de lo siguiente para protegerse contra los rayos del sol?

Marque todos los que apliquen.

- ☐ 1 Usó un protector solar con un SPF de al menos 15
Sunburned_SPF15
- ☐ 1 Usó ropa protectora como pantalones largos o una camisa con mangas que le cubrían los hombros
Sunburned_ProtClothing
- ☐ 1 Permaneció en la sombra o usó una sombrilla
Sunburned_Shade
- ☐ 1 Nada de lo anterior
Sunburned_None
- ☐ 1 No sé/No recuerdo
Sunburned_DontRemember
SunburnedProt_Cat

- J6. ¿Estaba bebiendo alcohol alguna de las veces que sufrió quemaduras por los rayos del sol?

- ☐ 1 ☐ 2 Sí
Sunburned_Alcohol
- ☐ 2 No



K: Productos de tabaco

K1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Smoke100

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA K5 más abajo**

K2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

SmokeNow

- ☐ 1 Todos los días
- ☐ 2 Algunos días
- ☐ 3 Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA K5 más abajo**

K3. En cualquier momento durante el último año, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de parar de fumar?

TriedQuit

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

K4. ¿Está usted seriamente considerando el dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

ConsiderQuit

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

K5. Ahora se dispone de tipos nuevos de cigarrillos llamados cigarrillos electrónicos (también conocidos como vaporizadores, vaporizadores de pluma, tanques, vaporizadores personalizados avanzados [mods] o pod-mods). Estos productos liberan nicotina mediante un vapor. Comparado con fumar cigarrillos, diría usted que los cigarrillos electrónicos son...

ElectCigLessHarm

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

K6. ¿Ha usado alguna vez un cigarrillo electrónico, aunque solo sea una o dos veces?

UsedECigEver

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA K9 en la próxima página**

K7. ¿Actualmente usa un cigarrillo electrónico todos los días, algunos días o nunca?

UseECigNow

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

K8. En los últimos 30 días, ¿cuántos días usó cigarrillos electrónicos?

- SmokeDayECig*
- ☐ 0 0 días
 - ☐ 1 1 o 2 días
 - ☐ 2 3 a 5 días
 - ☐ 3 6 a 9 días
 - ☐ 4 10 a 19 días
 - ☐ 5 20 a 29 días
 - ☐ 6 Todos los 30 días

K9. Por favor, indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes aseveraciones:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No lo se
a. La nicotina es la sustancia principal en el tabaco que hace que la gente quiera fumar..... <i>NicotineWantSmoke</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. La nicotina en los cigarrillos es la sustancia que causa la mayoría de los cánceres ocasionados por el fumar..... <i>NicotineCauseCancer</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. La adicción a la nicotina es algo que me preocupa..... <i>NicotineAddictionConcern</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

K10. Si se compara un cigarrillo común con uno que se anuncia como “bajo en nicotina,” ¿pensaría usted que el cigarrillo “bajo en nicotina” es...

- LowNicotineHarmful*
- ☐ 5 mucho menos dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - ☐ 4 un poco menos dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - ☐ 3 igualmente dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - ☐ 2 un poco más dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - ☐ 1 mucho más dañinos para su salud que un cigarrillo común?

K11. Si se compara un cigarrillo común con uno que se anuncia como “bajo en nicotina,” ¿pensaría usted que el cigarrillo “bajo en nicotina” es...

- LowNicotineAddictive*
- ☐ 5 mucho más adictivo que un cigarrillo común?
 - ☐ 4 un poco más adictivo que un cigarrillo común?
 - ☐ 3 igualmente adictivo que un cigarrillo común?
 - ☐ 2 un poco menos adictivo que un cigarrillo común?
 - ☐ 1 mucho menos adictivo que un cigarrillo común?



K12. En los últimos 12 meses, ¿ha visto mensajes que dicen que los tribunales federales han ordenado a las compañías de tabaco que publiquen declaraciones sobre los riesgos de fumar cigarrillos? Estos mensajes han aparecido en diarios, la televisión o el sitio web de las compañías de tabaco, y en las cajetillas de cigarrillos.

SeenFederalcourtTobaccoMessages2

☐ 1 Sí

☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L1 más abajo**

K13. ¿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

L: Detección del cáncer y concienciación

L1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

GenderC

☐ 1 Masculino

☐ 2 Femenino → **VAYA A LA PREGUNTA L3 más abajo**

L2. La prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA en inglés) se usa para detectar el cáncer de próstata

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

☐ 1 Sí

EverHadPSATest

☐ 2 No

Hombres VAYA A LA PREGUNTA L5 en la próxima página

L3. ¿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

L4. ¿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

L5. 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

L6. ¿Alguna vez ha oído hablar sobre el virus de la hepatitis C (también conocido como Hep C o **VHC**)?

HeardHepC

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No

L7. ¿Ha oído hablar alguna vez del **VPH**? Las iniciales VPH significan Virus del Papiloma Humano. Esto no es VHC, SIDA, VSH, o herpes.

HeardHPV

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA L9 en la próxima página**

L8. ¿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

- L9. 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

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

CaOther

CaOther_OS

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

WhenDiagnosedCancer

Edad

VAYA A LA PREGUNTA N3 en la próxima pagina

N: Creencias respecto al cáncer

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

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

ChanceGetCancer

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

N2. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya desarrollar cáncer?

FreqWorryCancer

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

N3. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

FamilyEverHadCancer

- ☐ 1 Sí
- ☐ 2 No
- ☐ 4 No estoy seguro/a

N4. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Parece que todo causa cáncer..... <i>EverythingCauseCancer</i>	<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..... <i>PreventNotPossible</i>	<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..... <i>TooManyRecommendations</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

N5. ¿Piensa que lo siguiente podría ser un signo de cáncer?

	Sí	No	No sé
a. Sangrado inexplicable..... <i>CancerSign_UnexpBleeding</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Un cambio en los hábitos intestinales o de micción..... <i>CancerSign_BowelBladderChange</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Pérdida de peso inexplicable..... <i>CancerSign_UnexpWeightLoss</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3



N6. ¿Cuánto piensa que cada uno de los siguientes factores puede influir si una persona desarrolla o no cáncer?

	Mucho	Poco	Nada	No sé
a. Tener peso excesivo o ser obeso..... <i>InfluenceCancer_Obesity</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
b. Consumir suficiente fibra..... <i>InfluenceCancer_EatingFiber</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
c. Comer demasiada carne procesada..... <i>InfluenceCancer_ProcessedMeat</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>
d. Comer frutas y vegetales..... <i>InfluenceCancer_EatingFruitVeg</i>	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>

O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted?

--	--	--

Age
Años

O2. ¿Cuál es su estado civil?

Marque sólo una de las siguientes opciones.

MaritalStatus

- ☐ 1 Casado/a
- ☐ 2 Vivir como persona casada o con un/a compañero/a romántico/a
- ☐ 3 Divorciado/a
- ☐ 4 Viudo/a
- ☐ 5 Separado/a
- ☐ 6 Soltero/a, nunca he estado casado/a

O3. ¿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

O4. ¿Cuán bien habla usted inglés?

SpeakEnglish

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



O5. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

Marque todos los que apliquen.

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

O6. ¿Cuál es su raza? Una o más categorías pueden ser seleccionadas.

Marque todos los que apliquen.

- ☐ Blanca
White
- ☐ Negra o afro-americana
Black
- ☐ India Americana o nativa de Alaska
AmerInd
- ☐ India asiática
AsInd
- ☐ China
Chinese
- ☐ Filipina
Filipino
- ☐ Japonesa
Japanese
- ☐ Coreana
Korean
- ☐ Vietnamita
Vietnamese
- ☐ Otra raza asiática
OthAsian
- ☐ Nativa de Hawái
Hawaiian
- ☐ Guameña o chamorra
Guamanian
- ☐ Samoana
Samoan
- ☐ Otra raza de las islas del Pacífico
OthPacIsl
Race_Cat2

O7. Se considera usted...

- ☐ Heterosexual
SexualOrientation
- ☐ Homosexual o gay o lesbiana
- ☐ Bisexual
- ☐ Otra cosa - Especifique →

SexualOrientation_OS

SexualOrientation_I

O8. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

--	--

TotalHousehold
Número de personas



- O9. **Empezando con usted**, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años de edad o mayor que viva en esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
USTED	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text"/> SelfAge	<input type="text"/> SelfMOB
MISMO/A	<input type="checkbox"/> 2 Femenino		
SelfGender			
Adulto 2	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text"/> HHAdultAge2	<input type="text"/> HHAdultMOB2
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino		
HHAdultGender2			
Adulto 3	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text"/> HHAdultAge3	<input type="text"/> HHAdultMOB3
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino		
HHAdultGender3			
Adulto 4	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text"/> HHAdultAge4	<input type="text"/> HHAdultMOB4
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino		
HHAdultGender4			
Adulto 5	<input type="checkbox"/> 1 Masculino	<input type="text"/> HHAdultAge5	<input type="text"/> HHAdultMOB5
	<input type="checkbox"/> 2 Femenino		
HHAdultGender5			

- O10. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

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

Número de niños menores de 18 años de edad

- O11. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

RentOrOwn

☐ 1 Casa propia

☐ 2 Renta

☐ 3 Ocupa un lugar sin pagar renta

- O12. Pensando en los miembros de su familia que viven en este hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, los ingresos totales antes de impuestos de todas las fuentes de ganancia en el último año?

IncomeRanges

☐ 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



O13. ¿Cuál de lo siguiente se asemeja más a lo que siente sobre sus ingresos familiares?

IncomeFeelings

- ☐ 1 Vive cómodamente con sus ingresos actuales
- ☐ 2 La pasa regular con sus ingresos actuales
- ☐ 3 Es difícil la vida con sus ingresos actuales
- ☐ 4 Es muy difícil la vida con sus ingresos actuales

¡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

