

National Institutes of Health  
U.S. Department of Health and Human Services

OMB # 0925-0538  
Expiration Date: October 31, 2014



# Health Information National Trends Survey

*Encuesta Nacional de Tendencias Sobre  
Información de la Salud*



COMENZAR  
AQUI:

1. ¿Hay más de una persona mayor de 18 años viviendo en este hogar?

Sí

No → **Vaya a la pregunta A1 en la próxima página**

2. ¿Incluyéndose a usted, cuantas personas mayores de 18 años viven en este hogar?

3. **El adulto con la fecha de cumpleaños más próxima debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de personas 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 1-888-521-YYYY**

---

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La recopilación de esta información está autorizada por la Ley de Servicios Públicos de Salud, 411 (42 USC 285 a) y 412 (42 USC 285a-1.a y 285a1.3). Los derechos de los participantes del estudio son protegidos por La Regla de Privacidad de 1974. La participación es voluntaria y no hay penalidades por no participar o por retirarse del estudio en cualquier momento. El no participar no afectará sus beneficios de ninguna manera. La información recopilada en este estudio se mantendrá privada bajo la autoridad de la Regla de Privacidad y solo será vista por personas autorizadas para trabajar en este proyecto. El reporte que resume los resultados no contendrá nombres o información de identificación. La información de identificación será destruida cuando el estudio haya finalizado.

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede hacer ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OBM por sus siglas en inglés).** Envíe los comentarios sobre el estimado de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0538). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

## A: Buscar información acerca de la salud

A1. ¿Ha buscado alguna vez información acerca de temas de salud o de medicina en algún lugar?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA A7 en la siguiente columna**

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

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Libros  
 Folletos, panfletos, etc.  
 Organización del cáncer  
 Familia  
 Amigos/Compañeros de trabajo  
 Médico o proveedor de cuidado de la salud  
 Internet  
 Biblioteca  
 Revistas  
 Periódicos  
 Número de información telefónica  
 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional  
 Otro-Especifique →

A3. ¿Buscó o fue a algún otro sitio esa vez?

- Sí  
 No

A4. La última vez que buscó información acerca de temas de salud o de medicina, ¿para quién era?

- Para mí  
 Para otra persona  
 Para otra persona y para mí

A5. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- Sí  
 No

A6. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de temas de cáncer, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo está 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.........................  
 b.....Se sintió frustrado buscando información.........................  
 c.....Le preocupaba la calidad de la información.........................  
 d.....La información que encontró era difícil de entender.........................

A7. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información de cáncer si lo necesita?

- Confío completamente  
 Confío mucho  
 Confío parcialmente  
 Confío un poco  
 No confío en absoluto

A8. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de cáncer o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

*Nada en absoluto*  
*Un poco*  
*Algo*  
*Mucho*

- a.....Un médico....................  
 b.....Familia o amigos....................  
 c.....Periódicos o revistas....................  
 d.........................  
 e.....El Internet....................  
 f.....Televisión....................  
 g.....Agencias gubernamentales de salud....................  
 h.....Organizaciones de caridad....................  
 i.....Organizaciones y líderes religiosos....................

A9. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca de cancer. ¿Dónde iría primero?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Libros
- Folletos, panfletos, etc.
- Organización del cáncer
- Familia
- Amigos/Compañeros de trabajo
- Médico o proveedor de cuidado de la salud
- Internet
- Biblioteca
- Revistas
- Periódicos
- Número de información telefónica
- Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- Otro-Especifique →

A10. ¿Cuanta atención le presta a la información sobre cancer en cada una de las siguientes fuentes?

	<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Algo</i>	<i>Mucho</i>
a.....En periódicos en Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....En periódicos impresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....En revistas médicas especializadas o boletines informativos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....En el Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....En la radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....En noticieros locales de televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....En noticieros de television nacional o por cable.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B: Usar Internet para hallar información

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

- Sí
- No → **A LA PREGUNTA C1 en la próxima página**

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

- |   | <i>í</i>                 | <i>o</i>                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a.....Una linea telefónica                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b....Banda ancha tal como DSL, cable o FiOS.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....Una red celular (p.ej., teléfono, 3G/4G)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....Una red inalámbrica (WiFi)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B3. ¿Obtiene usted acceso al Internet de alguna otra manera?

- Sí-Especifique →
- No

B4. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información de cancer para usted?

- Sí
- No

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información de cancer?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en la próxima página**

B6. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información de cancer:

## C: El cuidado de su 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?

- Sí  
 No

C2. ¿Posee usted alguno de los siguientes planes de seguro médico o cobertura de salud?

- |   |                          | í                        | o                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a...Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato (suyo o de otro miembro de la familia).....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.....Seguro comprado directamente de una compañía de seguros (por usted o por otro miembro de la familia).....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....Medicare  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....Medicaid, Asistencia Médica o cualquier plan de asistencia del gobierno para personas con ingresos bajos o con alguna discapacidad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e.....TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f.....VA (incluyendo aquellos que nunca han usado ni se han inscrito para el cuidado de la salud VA).....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g.....Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service).....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C3. ¿Tiene usted algún otro tipo de cobertura de salud? (por favor no incluya planes de cobertura dental o de visión)?

- Sí-Especifique →   
 No

C4. Aproximadamente ¿hace cuánto tiempo tuvo su última visita a un médico para un examen de rutina? Un examen de rutina es un examen físico general y no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica.

- Durante el año pasado (cualquier momento hace menos de 12 meses)  
 Dentro de los 2 últimos años (hace más de 1 año pero menos de 2 años)  
 Dentro de los 5 últimos años (hace más de 2 años pero menos de 5 años)  
 Hace 5 o más años  
 No lo sé

Nunca

C5. En los últimos 12 meses, sin contar las veces que fue a emergencia, ¿cuántas veces fue al médico, enfermera, u otro profesional de la salud para su propio cuidado?

Ninguna → **VAYA A LA PREGUNTA D1 en la próxima página**

- 1 vez  
 2 veces  
 3 veces  
 4 veces  
 5-9 veces  
 10 o más veces

C6. Las siguientes preguntas son acerca de su C10. 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?.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?.....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?.....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sintió que pudo confiar en sus médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de la salud para cuidar de sus necesidades de atención médica?

- Siempre
- Por lo general
- A veces
- Nunca

C8. En general, ¿cómo calificaría la calidad del cuidado de la salud que ha recibido durante los últimos 12 meses?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Aceptable
- Malo

### D: Informes médicos

D1. Hasta donde usted sabe, ¿mantiene alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidado de la salud su información médica en un sistema computarizado?

- Sí
- No

D2. Por favor indique que tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.



- a. Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deberían de poder compartir su información médica entre ellos electrónicamente.....
- b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente.....

D3. ¿Qué seguridad siente usted de que exista protección (incluyendo el uso de tecnología) para proteger su historial médico de ser visto por personas que no estén permitidas para hacerlo?

- Sí
- No

### E: Investigación médica

E1. Las pruebas clínicas son estudios de investigación en los que participan personas. Son diseñadas para probar la seguridad y eficacia de nuevos tratamientos y para comparar los nuevos tratamientos con la atención convencional que la gente recibe actualmente.

¿Ha oído hablar alguna vez de las prueba clínicas?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA E5 en la próxima página**

E2. Las pruebas genéticas que analizan su ADN, su dieta y estilo de vida para detectar riesgos potenciales de salud, se están comercializando directamente a los consumidores. ¿Ha leído o escuchado algo acerca de éstas pruebas genéticas?

- Sí
- No

E3. Los comportamientos de salud tales como dieta, ejercicio o fumar y la composición genética, es decir, las características que pasan de una generación a la siguiente, pueden afectar el si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones.

¿Cuánto piensa usted que los comportamientos relacionados con la salud importan sobre el si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?



a.....Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Enfermedad del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Presión alta de la sangre /Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4. ¿Cuánto piensa usted que la composición genética importan sobre el si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?



a.....Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Obesidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Enfermedad del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Presión alta de la sangre /Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E5. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?



a....Diabetes o alto contenido de azúcar en la sangre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Presión alta de la sangre o hipertensión?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Una condición del corazón como ataque cardíaco, angina de pecho o fallo cardíaco congestivo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Enfermedad crónica del pulmón, asma, enfisema o bronquitis crónica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Artritis o reumatismo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Depresión o trastornos de ansiedad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F: Su salud en general**

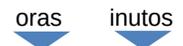
F1. En general, diría usted que su salud es...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

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

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

F3. ¿Cuánto duerme usted típicamente...



a.....En un día de tr escuela (por ejemplo un día laborable)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b.....En un día que no es de trabajo o escuela (por ejemplo, los fines de semana)?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

F4. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y   Pulgadas

F5. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

--	--	--	--	--

 Libras

F6. En algún momento durante el último año, ¿trató a propósito de perder peso?

- Sí  
 No

F7. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con esta frase? "El peso corporal es algo básico que uno mismo no puede hacer cambiar mucho."

- Muy de acuerdo  
 Algo de acuerdo  
 Algo en desacuerdo  
 Muy en desacuerdo

F8. 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.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F9. ¿Hay alguna persona con quien pueda contar para darle apoyo emocional cuando lo necesite - como para hablar sobre problemas o para ayudarle a tomar decisiones difíciles?

- Sí  
 No

F10. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

- Sí  
 No

F11. ¿Hay alguien quien pueda ayudarle con las tareas diarias?

- Sí  
 No

### G: Salud y nutrición

G1. Si disponen de ella, ¿con qué frecuencia utiliza la información del menú sobre las calorías para decidir qué va a ordenar?

- Siempre  
 Por lo general  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA G3**

G2. Cuando está disponible, ¿qué tan útil encuentra la información de las calorías en los menús para decidir que ordenar?

- Nada útil  
 Un poco útil  
 Útil  
 Muy útil  
 Sumamente útil

G3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia diría usted que estuvo preocupado o estresado por no tener suficiente dinero para comprar comidas nutritivas?

- Siempre  
 Por lo general  
 A veces  
 Rara vez  
 Nunca

G4. ¿Aproximadamente cuántas tazas de fruta (incluyendo jugo de fruta puro al 100%) toma o come cada día?

- Nada  
 ½ taza o menos  
 ½ taza a 1 taza  
 1 a 2 tazas  
 2 a 3 tazas  
 3 a 4 tazas  
 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

## H: Actividad física y ejercicio

G5. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de aumentar la cantidad de fruta o jugo puro de fruta que come o bebe normalmente cada día?

- Sí
- No

G6. ¿Aproximadamente cuántas tazas de verduras (incluyendo jugo de verduras puro al 100%) toma o come usted cada día?

- Nada
- ½ taza o menos
- ½ taza a 1 taza
- 1 a 2 tazas
- 2 a 3 tazas
- 3 a 4 tazas
- 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)

G7. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de aumentar la cantidad de verduras o jugo puro de verduras que come o bebe normalmente cada día?

- Sí
- No

G8. En una semana típica, aproximadamente ¿con cuánta frecuencia bebe usted soda regular o bebidas gaseosas azucaradas? No incluya las bebidas de dieta.

- Todos los días
- 5-6 días a la semana
- 3-4 días a la semana
- 1-2 días a la semana
- Menos de un día a la semana
- No bebo sodas ni gaseosas azucaradas

G9. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de reducir la cantidad de soda o gaseosas azucaradas que bebe usted en una semana típica?

- Sí
- No

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?

- Ninguno → **VAYA A LA PREGUNTA H3**
- 1 día por semana
- 2 días por semana
- 3 días por semana
- 4 días por semana
- 5 días por semana
- 6 días por semana
- 7 días por semana

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?

Escriba un número usando las casillas debajo.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Horas
----------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	-------

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.

- Ninguno
- 1 día por semana
- 2 días por semana
- 3 días por semana
- 4 días por semana
- 5 días por semana
- 6 días por semana
- 7 días por semana

H4. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de aumentar la cantidad de ejercicio que hace en una semana típica?

- Sí
- No

H5. La gente decide comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio regularmente por muchas razones.

¿Cuánto le motiva a usted cada una de las siguientes para comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio regularmente?

*Nada en absoluto*  
*Un poco*  
*Algo*  
*Mucho*

- a. Sentir presión de los demás..........
- b. Sentir preocupación por su apariencia..........
- c. Sentirse culpable cuando no hace ejercicio..........
- d. Disfrutar el hacer ejercicio..........

H6. En los últimos 30 días durante su tiempo libre ¿cuántas horas por día, en promedio, se sentó a ver televisión o películas, navegó el Internet o jugó juegos de computadora? No incluya "video juegos activos" como "Wii."

		Horas por día
--	--	---------------

## I: Salud y el medio ambiente

11. En su opinión, ¿cuánto perjudica la salud cada una de las cosas siguientes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho	No estoy seguro/a
a.....Contaminación del aire en lugares cerrados.....	<input type="checkbox"/>				
b.....Contaminación del aire en lugares abiertos.....	<input type="checkbox"/>				
c.....Productos químicos artificiales en el agua.....	<input type="checkbox"/>				
d.....Pesticidas y otros químicos en los alimentos.....	<input type="checkbox"/>				

12. En su opinión, cuánto perjudican los siguientes la salud de las personas?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho	No estoy seguro/a
a. Radiación de los teléfonos celulares.....	<input type="checkbox"/>				
b. Radiación de las pruebas médicas con producción de imágenes, como rayos X, mamografía, tintes radioactivos, etc.....	<input type="checkbox"/>				
c. Productos químicos en artículos domésticos como recipientes de plástico, muebles, pintura, etc.....	<input type="checkbox"/>				
d. Productos químicos en productos para el cuidado personal como maquillaje, perfumes, productos para el cabello, etc.....	<input type="checkbox"/>				

13. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado una cama de bronceado o cabina de bronceado?

- 0 veces
- 1 a 2 veces
- 3 a 10 veces
- 11 a 24 veces
- 25 o más veces

14. Si se encuentra afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia usa protector solar?

- Nunca
- Muy pocas veces
- Algunas veces
- A menudo
- Siempre
- No salgo fuera en días soleados → **VAYA A LA PREGUNTA J1 en la siguiente columna**

15. Cuando está afuera por más de una hora durante un día caliente y soleado, ¿con cuánta frecuencia . . .

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	A menudo	Siempre
a. Usa pantalones largos?.....	<input type="checkbox"/>				
b. Usa un sombrero que le da sombra en la cara, las orejas y el cuello?.....	<input type="checkbox"/>				
c. Viste una camisa con mangas que le cubre los hombros?.....	<input type="checkbox"/>				
d. Se queda a la sombra o bajo una sombrilla?.....	<input type="checkbox"/>				

## J: Tabaco y alcohol

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

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA J6**

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

J3. En cualquier momento durante el último año, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de parar de fumar ?

- Sí
- No

J4. Esta usted seriamente considerando el dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

- Sí
- No

J5. En cualquier momento durante el último año, ¿ha hablado con un médico u otro profesional de la salud acerca de hacerse una prueba para ver si tiene cáncer de pulmón?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J6. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con esta frase?: Fumar es algo básico acerca de lo cual uno no puede cambiar mucho?

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

J7. En su opinión, ¿piensa usted que algunos productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco de mascar, snus y snuff, son menos dañinos para la salud de una persona que los cigarrillos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J8. En su opinión, ¿piensa usted que algunos tipos de cigarrillos son menos perjudiciales para la salud de las personas que otros tipos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J9. Comparado con personas que fuman todos los días, ¿piensa usted que las personas que fuman solo algunos días tienen menos o más riesgos de desarrollar problemas de salud durante su vida?

- Mucho menor riesgo
- Menor riesgo
- Casi el mismo riesgo
- Mayor riesgo
- Mucho mayor riesgo

J10. Ahora se dispone de tipos nuevos de cigarrillos llamados cigarrillos electrónicos (conocidos también como e-cigarrillos o vaporizadores personales). Estos productos liberan nicotina mediante un vapor. Comparado con fumar cigarrillos, diría usted que los cigarrillos electrónicos son ...

- Mucho menos perjudiciales
- Menos perjudiciales
- Casi iguales
- Más perjudiciales
- Mucho más perjudiciales

J11. ¿Cree usted que la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) regula productos de tabaco en los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J12. Una bebida alcohólica es 1 lata o botella de cerveza, 1 vaso de vino, 1 lata o botella de "wine cooler", 1 coctel o un trago de licor.

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

- 0 días →**VAYA A LA PREGUNTA J16**
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

J13. Durante los últimos 30 días, en los días que bebió alcohol, ¿en promedio cuántas bebidas tomó aproximadamente?

Bebidas(s)

## K: Las mujeres y el cáncer

K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

Masculino →VAYA A LA PREGUNTA L1 en la

próxima página

Femenino

K2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou?

Sí

No

K3. ¿Hace cuánto tiempo se hizo la prueba de Papanicolaou más reciente para detectar el cáncer cervical?

Hace un año o menos

Más de 1 año hasta 2 años

Más de 2 hasta 3 años

Más de 3 hasta 5 años

Más de 5 años

Nunca me han hecho una prueba de Papanicolaou

K4. ¿Cómo respondería usted si su médico le dijese que los beneficios de la prueba Papanicolaou serían los mismos si se la hiciera con menos frecuencia que ahora y le recomendase que se la hiciera con menos frecuencia? Usted. . .

Estaría de acuerdo en hacerse las pruebas Papanicolaou con menos frecuencia

Seguiría haciéndose las pruebas Papanicolaou con la misma frecuencia que ahora

K5. Una mamografía es una radiografía de cada seno para detectar el cáncer.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse la mamografía?

Sí

No

K6. ¿Cuándo tuvo su última mamografía para detectar el cáncer de mama, si alguna vez la ha tenido?

Hace un año o menos

Más de 1 año hasta 2 años

Más de 2 hasta 3 años

Más de 3 hasta 5 años

Más de 5 años

Nunca me han hecho una mamografía

## L: Exploración del cáncer

- L1. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV, en inglés) que se llama inyección VPH (HPV, en inglés), vacuna contra el cancer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

¿Ha hablado un médico u otro profesional del cuidado de la salud con usted acerca de la inyección o vacuna VPH (HPV, en inglés)?

- Sí  
 No

L2. [9-27]

- L3. ¿Algún médico u otro profesional de la salud le ha recomendado alguna vez que usted o un pariente inmediato entre las edades de 9 y 27 años se ponga una inyección o vacuna para el VPH (virus del papiloma humano o HPV por sus siglas en inglés)?

- Ningún pariente inmediato tiene entre 9 y 27 años  
 Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

L4. [Papanicolaou]

L5. [VPH (HPV, en inglés)]

- L6. 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.

¿Alguna vez le ha dicho a usted un médico que usted puede elegir si desea o no hacerse un examen para detectar cáncer de colon?

- Sí  
 No

- L7. ¿Se ha hecho alguna vez un examen para detectar cáncer de colon?

- Sí  
 No

- L8. ¿Ha hablado usted con algún médico sobre si debería, o no, hacerse la prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA por sus siglas en inglés)?

- Sí  
 No

L9 [prueba APE]

- L10. ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted podría escoger entre hacerse o no hacerse la prueba APE?

- Sí  
 No

- L11. ¿Ha participado usted tanto como deseaba en la decisión de hacerse, o no hacerse una prueba APE?

- Definitivamente  
 Algo  
 Nada en absoluto

L12. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional de la salud que algunos médicos recomiendan la prueba APE (PSA, en inglés) mientras que otros médicos no la recomiendan?

- Sí
- No

L13. ¿Le ha dicho un médico u otro profesional del cuidado de la salud que nadie está seguro de si la prueba APE (PSA, en inglés) realmente salva vidas?

- Sí
- No

L14. Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que...

**i**   **o**

a....¿La prueba para el APE no siempre es acertada?.....

b.....¿Algunos tipos de cáncer a la próstata tienen crecimiento lento y no necesitan tratamiento?.....

c....¿Los resultados de la prueba para el APE no pueden diferenciar entre cáncer de próstata de crecimiento lento y de crecimiento rápido?.....

d...¿El tratamiento para cualquier tipo de cáncer puede dar lugar a efectos secundarios graves, como problemas al orinar o al tener relaciones sexuales?.....

## M: Su historial de cáncer

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA N1 en la página 19**

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

**Marque con todo lo que le aplicó.**

- Cáncer cervical (cáncer del cuello uterino)  
 Cáncer de colon  
 Cáncer de estómago  
 Cáncer de la cabeza y del cuello  
 Cáncer de la faringe (garganta)  
 Cáncer de la piel, no Melanoma  
 Cáncer de los huesos  
 Cáncer de próstata  
 Cáncer de seno  
 Cáncer de vejiga  
 Cáncer del hígado  
 Cáncer del pulmón  
 Cáncer endometrial (cáncer del útero)  
 Cáncer oral  
 Cáncer ovárico  
 Cáncer pancreático  
 Cáncer rectal  
 Cáncer renal (riñón)  
 Leucemia (cáncer de la sangre)  
 Linfoma de Hodgkin  
 Linfoma no de Hodgkin  
 Melanoma  
 Otro-Especifique →

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

			Edad
--	--	--	------

M4. ¿Alguna vez recibió algún tratamiento para su cáncer?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA M7 en la próxima página**

M5. ¿Cuáles de los siguientes tratamientos de cáncer ha recibido en el pasado?

- |                                   | i                        | o                        |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a.....Quimioterapia (pastillas)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.....Quimioterapia (intravenosa) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....Radiación                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....Cirugía                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e.....Otro                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M6. Aproximadamente hace cuanto tiempo usted recibió su último tratamiento para el cáncer?

- Todavía recibiendo tratamiento → **VAYA a M11**  
 Menos de 1 año  
 Hace 1 año pero menos de hace 5 años  
 5 años pero menos de hace 10 años  
 Más de hace 10 años

M7. ¿Alguna vez le recibió un resumen escrito de todos los tratamientos para el cáncer que recibió de un médico u otro profesional de la salud?

- Sí  
 No

M8. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de un médico u otro profesional de la salud acerca de dónde debe regresar o a quién debe ver para exámenes rutinarios del cáncer, después de terminar su tratamiento del cáncer?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA M11 en la siguiente columna**

M9. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

- Sí  
 No

M10. Recordando desde la primera vez que le diagnosticaron el cáncer, ¿qué impacto ha tenido el cáncer y su tratamiento sobre su situación financiera?

- Muy negativo  
 Algo negativo  
 Ningún impacto  
 Algo positivo

Muy positivo

M11. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

M12. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No

**VAYA a la pregunta N5 si alguna vez ha sido diagnosticado/a con cancer.**

## N: Creencias respecto al cáncer

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

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

- Muy poco probable
- Poco probable
- Ni poco probable ni probable
- Probable
- Muy probable

N2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cancer en el transcurso de su vida?

- Mucho menos probable
- Menos probable
- Casi igual
- Más probable
- Mucho más probable

N3. Seleccione una respuesta que mejor represente su opinión sobre la frase: “Siento que sería fácil contraer cáncer alguna vez en mi vida.”

- Siento con mucha firmeza que eso NO sucederá
- Siento con cierta firmeza que eso NO sucederá.
- Pienso que tengo tantas probabilidades de desarrollar cáncer como de no desarrollarlo.
- Siento con cierta firmeza que eso SÍ sucederá
- Siento con mucha firmeza que eso SÍ sucederá.

N4. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo esta con la frase?: “Yo prefiero no saber mi probabilidad de contraer cáncer.”

- Muy de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Muy en desacuerdo

N5. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?



a.....Parece que todo causa cáncer....................

b.....No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer....................

c.....Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir....................

d.....Algunos tipos de cáncer tienen un crecimiento lento y no necesitan tratamiento....................

e.....En los adultos, el cáncer es más común que las enfermedades del corazón....................

f.....En las mujeres, el cáncer de seno es más común que el cáncer de pulmón....................

N6. Según usted sabe, ¿quién tiene una probabilidad mayor de tener cáncer – una persona con una probabilidad de 1 en 1,000 o una persona con una probabilidad de 1 en 100?

- 1 en 1,000 es una probabilidad mayor de contraer cáncer

1 en 100 es una probabilidad mayor de contraer cáncer

N7. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

## O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted?

			Años
--	--	--	------

O2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Empleado
- Desempleado
- Ama de casa
- Estudiante
- Retirado
- Discapacitado
- Otro-Especifique →

--

O3. ¿Ha prestado usted alguna vez servicio activo en las fuerzas armadas, en la Reserva militar o en la Guardia Nacional de los EE.UU.? Servicio activo no incluye entrenamiento en las Reservas o en la Guardia Nacional, pero INCLUYE la activación, por ejemplo, para la guerra del Golfo Pérsico.

- Sí, ahora estoy en servicio activo
- Sí, estuve en servicio activo durante los últimos dos meses pero no ahora
- Sí, estuve en servicio activo en el pasado pero no durante los últimos 12 meses
- No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional
- No, nunca presté servicio military

O4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido parte o todo su cuidado de la salud de un hospital o clínica para veteranos (VA, por sus siglas en inglés)?

- Sí, todo mi cuidado de salud
- Sí, parte de mi cuidado de salud
- No, ningún cuidado de salud por parte del VA

O5. ¿Cuál es su estado civil?

- Casado/a
- Unión libre
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Soltero/a, nunca he estado casado/a

O6. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

- Menos de 8 años
- De 8 a 11 años
- 12 años o escuela secundaria completa
- Formación después de la escuela secundaria,
- Algún tiempo en la universidad
- Graduado de la universidad
- Postgraduado diferente de la universidad (vocacional o técnica)

O7. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí → **VAYA A LA PREGUNTA O9**
- No

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

				Año
--	--	--	--	-----

O9. ¿Cuán bien habla usted inglés?

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Nada en lo absoluto

O10. ¿Es usted hispano/a, latino/a o de origen español? Más de un categoría puede ser seleccionada

Marque  una o más.

- No, ni hispano/a, latino/a ni de origen español
- Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a
- Sí, portorriqueño/a
- Sí, cubano/a
- Sí, de otro origen hispano, latino o español

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

Marque  una o más.

- Blanca
- Negra o afro-americana
- India Americana o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina

- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra raza de las islas del Pacífico

O12. Includyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

		Número de personas
--	--	--------------------

O13. Includyéndose a usted, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años o más que viva en esta dirección.

	Sex	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
Adu lto 1	<input type="checkbox"/> Masculino		
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adu lto 2	<input type="checkbox"/> Masculino		
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adu lto 3	<input type="checkbox"/> Masculino		
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adu lto 4	<input type="checkbox"/> Masculino		
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adu lto 5	<input type="checkbox"/> Masculino		
	<input type="checkbox"/> Femenino		

O14. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

		Número de niños menores de 18 años de edad
--	--	--

O15. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

- Casa propia
- Renta

Ocupa un lugar sin pagar renta

O16. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- Sí
- No

O17. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

- Sí
- No

O18. 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?

- \$0 a \$9,999
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 a \$199,999
- \$200,000 o más

O19. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

- Sí
- No

O20. ¿Es usted ciego/a o tiene graves dificultades para ver, aunque use lentes?

- Sí
- No

O21. A causa de una condición física, mental ó emocional, tiene usted dificultad severa para concentrarse, para recordar cosas o para tomar decisiones?

- Sí  
 No

O22. ¿Tiene usted dificultad severa para caminar o subir las escaleras?

- Sí  
 No

O23. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o para bañarse?

- Sí  
 No

O24. A causa de una condición física, mental ó emocional, ¿tiene usted dificultad haciendo cosas por sí mismo, tales como ir al médico o ir de compras?

- Sí  
 No

O25. ¿Completó esta encuesta en una sola session o lo hizo en más de una sesión?

- Completé la encuesta en una sesión.  
 Completé la encuesta en más de una sesión.

O26. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

- Sí  
 No

O27. ¿Cuánto tiempo le tomo completar la encuesta?

Escriba el número de minutos o horas usando las casillas..

Minutos     Horas

O28. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque con todo lo que le aplicó.

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

**¡Gracias!**

Por favor devuelva este cuestionario en el sobre con franqueo pagado tan pronto como sea posible.

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

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