

NOTE: **Items in blue are the new Cycle 2 content.** Items in black were used in the previous cycle of data collection. Questions that have 2 versions for testing are shown with the same item number, *one version in italics*.

TABLE OF CONTENTS – English		TABLE OF CONTENTS – Spanish	
	Page		Page
A: Looking for Health Information	2	A: Buscar información acerca de la salud	22
B: Using the Internet to Find Information	3	B: Usar Internet para hallar información	23
C: Your Health Care	4	C: El cuidado de su salud	24
D: Medical Records	5	D: Informes médicos	25
E: Medical Research	5	E: Investigación médica	25
F: Your Overall Health	7	F: Su salud en general	27
G: Health and Nutrition	8	G: Salud y nutrición	28
H: Physical Activity and Exercise	10	H: Actividad física y ejercicio	30
I: Health and the Environment	11	I: Salud y el medio ambiente	31
J: Tobacco and Alcohol	12	J: Tabaco y alcohol	32
K: Women and Cancer	14	K: Las mujeres y el cáncer	34
L: Screening for Cancer	15	L: Exploración del cáncer	35
M: Beliefs about Cancer	16	M: Creencias respecto al cáncer	36
N: Your Cancer History	17	N: Su historial de cáncer	37
O: You and your household	19	O: Usted y su hogar	39

OMB #: 0925-0589-03
Expiry Date: 4/30/2014

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1.5 hours per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. **An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.** Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0589-03). Do not return the completed form to this address.

OMB #: 0925-0589-03
Expiry Date: 4/30/2014

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 1.5 horas 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 (0925-0589-03). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

A: Looking For Health Information

A1. Have you ever looked for information about health or medical topics from any source?

- Yes
- No **GO TO A6 in the next column**

A2. The most recent time you looked for information about health or medical topics, where did you go first?

Mark only one.

- Books
- Brochures, pamphlets, etc.
- Cancer organization
- Family
- Friend/Co-worker
- Doctor or health care provider
- Internet
- Library
- Magazines
- Newspapers
- Telephone information number
- Complementary, alternative, or unconventional practitioner
- Other-Specify:

A3. Did you look or go anywhere else that time?

- Yes
- No

A4. The most recent time you looked for information about health or medical topics, who was it for?

- Myself
- Someone else
- Both myself and someone else

A5. Have you ever looked for information about cancer from any source?

- Yes
- No

A6. Based on the results of your most recent search for information about cancer, how much do you agree or disagree with each of the following statements?

- | | Strongly agree | Somewhat agree | Somewhat disagree | Strongly disagree |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. It took a lot of effort to get the information you needed..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. You felt frustrated during your search for the information..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. You were concerned about the quality of the information..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. The information you found was hard to understand..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A6. Overall, how confident are you that you could get advice or information about cancer if you needed it?

- Completely confident
- Very confident
- Somewhat confident
- A little confident
- Not confident at all

A7. In general, how much would you trust information about cancer from each of the following?

- | | Not at all | A little | Some | A lot |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. A doctor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Family or friends..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Newspapers or magazines..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Radio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Internet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Television..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Government health agencies..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Charitable organizations..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Religious organizations and leaders..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A8. Imagine that you had a strong need to get information about cancer. Where would you go first?

Mark only one.

- Books
- Brochures, pamphlets, etc.
- Cancer organization
- Family
- Friend/Co-worker
- Doctor or health care provider
- Internet
- Library
- Magazines
- Newspapers
- Telephone information number
- Complementary, alternative, or unconventional practitioner
- Other-Specify →

A9. How much attention do you pay to information about cancer from each of the following sources?

	None ↓	A little ↓	Some ↓	A lot ↓
a. In online newspapers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. In print newspapers.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. In special health or medical magazines or newsletters.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. On the Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. On the radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. On local television news programs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. On national or cable television news programs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: Using the Internet to Find Information

B1. [Do you ever go on-line to access the Internet or World Wide Web, or to send and receive e-mail?](#)

- Yes
- No → **GO TO C1 on the next page**

B2. When you use the Internet, do you access it through...

	Yes ↓	No ↓
a. A regular dial-up telephone line.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Broadband such as DSL, cable or FiOS.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A cellular network (i.e., phone, 3G/4G).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A wireless network (Wi-Fi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Do you access the Internet any other way?

- Yes- Specify →
- No

B4. [In the past 12 months, have you used the Internet to look for information about cancer for yourself?](#)

- Yes
- No

B5. Is there a specific Internet site you like to go to for information about cancer?

- Yes
- No → **GO TO C1 on the next page**

B6. Specify which Internet site you especially like as a source of information about cancer:

C: Your Health Care

C1. Not including psychiatrists and other mental health professionals, is there a particular doctor, nurse, or other health professional that you see most often?

- Yes
- No

C2. Do you have any of the following health insurance or health coverage plans:

Yes No

- a. Insurance through a current or former employer or union (of you or another family member).....
- b. Insurance purchased directly from an insurance company (by you or another family member).....
- c. Medicare.....
- d. Medicaid, Medical Assistance, or any kind of government-assistance plan for those with low incomes or a disability.....
- e. TRICARE or other military health care.....
- f. VA (including those who have ever used or enrolled for VA health care).....
- g. Indian Health Service.....

C3. Do you have any other health care coverage plan for yourself (please do not include dental or vision plans)?

- Yes-Specify →
- No

C4. [About how long has it been since you last visited a doctor for a routine checkup? A routine checkup is a general physical exam, not an exam for a specific injury, illness, or condition.](#)

- Within past year (anytime less than 12 months ago)
- Within past 2 years (1 year but less than 2 years ago)
- Within past 5 years (2 years but less than 5 years ago)
- 5 or more years ago
- Don't know
- Never

C5. In the past 12 months, not counting times you went to an emergency room, how many times did you go to a doctor, nurse, or other health professional to get care for yourself?

- None → **GO TO D1 on the next page**
- 1 time
- 2 times
- 3 times
- 4 times
- 5-9 times
- 10 or more times

C6. The following questions are about your communication with all doctors, nurses, or other health professionals you saw during the past 12 months...

How often did they do each of the following:

Always Usually Sometimes Never

- a. Give you the chance to ask all the health-related questions you had?.....
- b. Give the attention you needed to your feelings and emotions?.....
- c. Involve you in decisions about your health care as much as you wanted?.....
- d. Make sure you understood the things you needed to do to take care of your health?.....
- e. Explain things in a way you could understand?.....
- f. Spend enough time with you?.....
- g. Help you deal with feelings of uncertainty about your health or health care?.....

C7. In the past 12 months, how often did you feel you could rely on your doctors, nurses, or other health care professionals to take care of your health care needs?

- Always
- Usually
- Sometimes
- Never

C8. Overall, how would you rate the quality of health care you received in the past 12 months?

- Excellent
- Very good
- Good
- Fair
- Poor

D: Medical Records

D1. As far as you know, do any of your doctors or other health care providers maintain your medical information in a computerized system?

- Yes
- No

D2. Please indicate how important each of the following statements is to you.



- a. Doctors and other health care providers should be able to share your medical information with each other electronically.....
- b. You should be able to get to your own medical information electronically.....

D3. Have you ever kept information from your health care provider because you were concerned about the privacy or security of your medical record?

- Yes
- No

E: Medical Research

E1. Clinical trials are research studies that involve people. They test how well new treatments work and how the new treatments affect people. Researchers also compare how the clinical trial treatments compare to the current treatments. Have you ever heard of clinical trials?

- Yes
- No → **GO TO E5**

E2. Did you hear about clinical trials from. . .

	Yes	No
a. Doctor, nurse or other medical professional?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Family member or friend.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. A specific organization.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Newspaper, television, or radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. A fictional t.v show, movie or book.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. An advertisement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. A health fair.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Some other source.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. Have any of your doctors ever discussed clinical trials as an option for you?

- Yes
- No
- Not sure

E4. Have you ever participated in a clinical trial?

- Yes
- No
- Not sure

E5. If you were diagnosed with a life-threatening medical condition, how likely is it that you would participate in a clinical trial for that condition?

- Very likely
- Somewhat likely
- Equally likely as unlikely
- Somewhat unlikely
- Very unlikely

E6. How much do you agree or disagree with the statement: "If experts had differing opinions about a medical test, I would still be willing to try it."

- Strongly agree
- Somewhat agree
- Somewhat disagree
- Strongly disagree

OR

E6. *Not all medical experts agree on the usefulness of certain medical tests. If your health care provider recommended you have a medical test that experts disagreed about, how important would each of the following be in deciding whether or not you take the test? (not at all, somewhat, very)*

- a. *The amount of money you would have to pay out of your own pocket.....*
- b. *The possible side-effects of taking the test.....*
- c. *The accuracy of other tests available to you.....*
- d. *The seriousness of the condition the test is screening for.....*
- e. *How strongly your doctor feels about you having the test.....*
- f. *Knowing other people who have had the test.....*
- g. *The amount of time needed to have the test done.....*

E7. Genetic tests that analyze your DNA, diet and lifestyle for potential health risks are currently being marketed by companies directly to consumers. Have you heard or read about these genetic tests?

- Yes
- No

E8. Which do you think matters more in determining whether or not a person will develop the following conditions? Do health choices such as diet or exercise matter more, or does a person's genetic makeup, that is characteristics passed from one generation to the next, matter more? *(health choices matter more/genetic make up matters more/both matter equally/ Don't know)*

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | |
| a. Diabetes/High blood sugar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Obesity..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Heart disease..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. High Blood Pressure/Hypertension..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Lung cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Colorectal cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Skin cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Brain cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Pancreatic cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Breast cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Prostate cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OR

E8a. How much do you think health habits such as diet, exercise and smoking determine whether or not a person will develop each of the following conditions? *(Not at all, A little, Some, A lot, Completely)*

OR

E8b. How much do you think genetic makeup, that is characteristics passed from one generation to the next, determine whether or not a person will develop each of the following conditions? *(Not at all, A little, Some, A lot, Completely)*

E9. Has a doctor or other health professional ever told you that you had any of the following medical conditions:

- | | Yes | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Diabetes or high blood sugar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. High blood pressure or hypertension?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. A heart condition such as heart attack, angina, or congestive heart failure?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Chronic lung disease, asthma, emphysema or chronic bronchitis?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Arthritis or rheumatism?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Depression or anxiety disorder?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F: Your Overall Health

F1. In general, would you say your health is...

- Excellent,
- Very good,
- Good,
- Fair, or
- Poor?

F2. Overall, how confident are you about your ability to take good care of your health?

- Completely confident
- Very confident
- Somewhat confident
- A little confident
- Not confident at all

F3. How much sleep do you usually get...

- | | Hours | Minutes |
|--|----------------------|----------------------|
| a. On a workday or school day? (e.g., weekday)?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. On a non-work or non-school day (e.g., weekend)?..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

F4. In a typical week, do you now sleep less, more or about the same amount as you did a year ago?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

F5. At any time in the past year, have you intentionally tried to increase the amount of sleep you usually get?

- Yes
- No

F6. About how tall are you without shoes?

Feet **and** Inches

F7. About how much do you weigh, in pounds, without shoes?

Pounds

F8. Do you now weigh less, more or about the same as you did a year ago?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

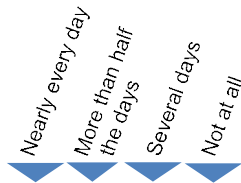
F9. At any time in the past year, have you intentionally tried to lose weight?

- Yes
- No

F10. How much do you agree or disagree with this statement: Body weight is something basic about you that you can't change very much?

- Strongly agree
- Somewhat agree
- Somewhat disagree
- Strongly disagree

F11. Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?



- a. Little interest or pleasure in doing things.....
- b. Feeling down, depressed or hopeless.....
- c. Feeling nervous, anxious or on edge.....
- d. Not being able to stop or control worrying.....

F12. Compared to a year ago, do you now feel less, more or about the same amount of stress?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

F13. At any time in the past year, have you intentionally tried to decrease the amount of stress you have?

- Yes
- No

F14. Is there anyone you can count on to provide you with emotional support when you need it - such as talking over problems or helping you make difficult decisions?

- Yes
- No

F15. Do you have as much contact as you would like with someone you feel close to, someone you trust and can confide in?

- Yes
- No

F16. Is there someone you can count on to listen to you when you need to talk?

- Yes
- No

F17. Is there someone who can help you with daily chores?

- Yes
- No

F18. Is there someone you can count on to give you good advice about a problem?

- Yes
- No

F19. Is there someone you can count on to show you love and affection?

- Yes
- No

F20. Do you have friends or family members that you talk to about your health?

- Yes
- No

G: Health and Nutrition

G1. When available, how often do you use menu information on calories in deciding what to order?

- Always
- Often
- Sometimes
- Rarely
- Never → **GO TO G3**

G2. When available, how helpful do you find menu information on calories in deciding what to order?

- Not at all helpful
- A little helpful
- Helpful
- Very helpful
- Extremely helpful

G3. How often in the past 12 months would you say you were worried or stressed about having enough money to buy nutritious meals?

- Always
- Usually
- Sometimes
- Rarely
- Never

G4. About how many cups of fruit (including 100% pure fruit juice) do you eat or drink each day?

- None
- ½ cup or less
- ½ cup to 1 cup
- 1 to 2 cups
- 2 to 3 cups
- 3 to 4 cups
- 4 or more cups

1 cup of fruit could be:
 1 small apple
 1 large banana
 1 large orange
 8 large strawberries
 1 medium pear
 2 large plums
 32 seedless grapes
 1 cup (8 oz.) fruit juice
 ½ cup dried fruit
 1 inch-thick wedge of watermelon

G5. Compared to a year ago, do you now eat or drink less, more or about the same amount of fruit (including pure fruit juice) each day?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

G6. At any time in the past year, have you intentionally tried to increase the amount of fruit or pure fruit juice you usually eat or drink each day?

- Yes
- No

G7. About how many cups of vegetables (including 100% pure vegetable juice) do you eat or drink each day?

- None
- ½ cup or less
- ½ cup to 1 cup
- 1 to 2 cups
- 2 to 3 cups
- 3 to 4 cups
- 4 or more cups

1 cup of vegetables could be:
 3 broccoli spears
 1 cup cooked leafy greens
 2 cups lettuce or raw greens
 12 baby carrots
 1 medium potato
 1 large sweet potato
 1 large ear of corn
 1 large raw tomato
 2 large celery sticks
 1 cup of cooked beans

G8. Compared to a year ago, do you now drink less, more or about the same amount of vegetables (including fruit juice) each day?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

1 cup of fruit could be:
 - 1 small apple
 - 1 large banana
 - 1 large orange
 - 8 large strawberries
 - 1 medium pear
 - 32 seedless grapes
 - 1 cup (8 oz.) fruit juice
 - ½ cup dried fruit
 - 1 inch-thick wedge of watermelon

G9. At any time in the past year, have you intentionally tried to increase the amount of vegetables or pure vegetable juice you usually eat or drink each day?

- Yes
- No

G10. How much sugar-sweetened soda or pop do you usually drink each day? Do not include diet sodas or diet pop.

- None
- 12 ounces (1 can) or less
- 13 to 24 ounces (2 cans)
- 25 to 36 ounces (3 cans)
- 37 to 48 ounces (4 cans)
- more than 48 ounces

G11. Compared to a year ago, do you now drink less, more or about the same amount of sugar-sweetened soda or pop each day?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

G12. At any time in the past year, have you intentionally tried to decrease the amount of sugar-sweetened soda or pop you drink each day?

- Yes
- No

G13. Compared to a year ago, do you now eat less, more or about the same amount of *fried food or other foods with a high amount of fat*?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

G14. At any time in the past year, have you intentionally tried to decrease the amount of food you eat with a high amount of fat?

- Yes
- No

H: Physical Activity and Exercise

H1. In a typical week, how many days do you do any physical activity or exercise of at least moderate intensity, such as brisk walking, bicycling at a regular pace, and swimming at a regular pace?

- None → GO TO H3
- 1 day per week
- 2 days per week
- 3 days per week
- 4 days per week
- 5 days per week
- 6 days per week
- 7 days per week

H2. On the days that you do any physical activity or exercise of at least moderate intensity, how long do you typically do these activities?

Write a number in one box below.

Minutes Hours

H3. In a typical week, outside of your job or work around the house, how many days do you do leisure-time physical activities specifically designed to strengthen your muscles such as lifting weights or circuit training (do not include cardio exercise such as walking, biking, or swimming)?

- None
- 1 day per week
- 2 days per week
- 3 days per week
- 4 days per week
- 5 days per week
- 6 days per week
- 7 days per week

H4. In the last 7 days, on how many days did you walk at least 10 minutes on your way to get someplace?

- Never → GO TO H6
- 1 day
- 2 days
- 3 days
- 4 days
- 5 days
- 6 days
- 7 days

H5. On average, how long did those walks take?

Minutes Hours

H6. Compared to a year ago, do you now exercise less, more or about the same amount in a typical week?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

H7. At any time in the past year, have you intentionally tried to increase the amount of exercise you get in a typical week?

- Yes
- No

H8. Regardless of how much exercise you do now, how important to you are the following reasons for starting or continuing to exercise regularly? (not at all, a little, somewhat, very)

- | | |
|--|---|
| | ▼▼▼▼ |
| a. To lower your risk of getting diabetes..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| b. To lower your risk of heart disease..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| c. To lower your risk of getting cancer..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| d. To improve your overall health..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

H9. People choose to start or continue exercising regularly for lots of reasons that are not directly related to health.

How much do each of the following motivate you to start or continue exercising regularly? (not at all, a little, some, a lot)

		▼	▼	▼	▼
a.	Pressure from others.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Concern over the way you look.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Feeling guilty when you skip exercising.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Getting enjoyment from exercise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H10. Over the past 30 days, in your leisure time, how many hours per day, on average, did you sit and watch TV or movies, surf the web, or play computer games? Do not include “active gaming” such as Wii.

		Hours per day
--	--	---------------

I: Health and the Environment

I1. In your opinion, how much do each of the following harm people's health? *(Not at all, a little, Some, A lot; Not sure)*

OR

I1 How much do you worry that each of the following will harm your health? *(Not at all, a little, Some, A lot)*

		▼	▼	▼	▼	▼
a.	Outdoor air pollution.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Indoor air pollution.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Man-made chemicals in the water.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Pesticides and other chemicals on food.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I2. In your opinion, how much do each of the following harm people's health? *(Not at all, a little, Some, A lot; Not sure)*

OR

I2. How much do you worry that each of the following will harm your health? *(Not at all, a little, Some, A lot; Not sure)*

		▼	▼	▼	▼	▼
a.	Radiation from cell phones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Radiation from medical imaging tests such as x-rays, mammography, radioactive dyes, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Chemicals in household items such as plastic containers, furniture, paint, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Chemicals in personal care products such as make-up, fragrances, hair products, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I3. In general, how much do you trust information from each of the following sources about the effect that *pollution and other chemicals in the environment* can have on health? *(Not at all, a little, Some, A lot; Not sure)*

		▼	▼	▼	▼	▼
a.	A doctor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Family or friends.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Newspapers or magazines.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Television.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Government health agencies.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Government environmental groups.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Other environmental groups.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I4. In general, how much do you trust information about the effect that pollution and other chemicals in the environment can have on health when the information comes from companies that make or sell products?

- Not at all
- A little
- Some

- A lot
- Not sure

15. How many times in the past 12 months have you used a tanning bed or booth?

- 0 times
- 1 to 2 times
- 3 to 10 times
- 11 to 24 times
- 25 or more times

16. When you are outside for more than one hour on a warm, sunny day, how often do you wear sunscreen?

- Never
- Rarely
- Sometimes
- Often
- Always
- Don't go out on sunny days → **GO TO Section J**

17. When you are outside for more than one hour on a warm, sunny day, how often do you . . .
(*never, rarely, sometimes, often, always*)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. wear long pants?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. wear a hat that shades your face, ears and neck?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. wear a shirt with sleeves that cover your shoulders?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. stay in the shade or under and umbrella?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J: Tobacco and Alcohol

J1. Have you smoked at least 100 cigarettes in your entire life?

- Yes
- No → **GO TO J6 in the next column**

J2. How often do you now smoke cigarettes?

- Everyday
- Some days
- Not at all

J3. Do you now smoke less, more or about the same as you did a year ago?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

J4. At any time in the past year, have you stopped smoking for one day or longer because you were trying to quit?

- Yes
- No

J5. At any time in the past year, have you talked with your doctor or other health professional about having a test to check for lung cancer?

- Yes
- No
- Not sure

J6. How much do you agree or disagree with this statement: Smoking behavior is something basic about you that you can't change very much.

- Strongly agree
- Somewhat agree
- Somewhat disagree
- Strongly disagree

J7. In your opinion, do you think that some smokeless tobacco products, such as chewing tobacco, snus and snuff are less harmful to a person's health than cigarettes?

- Yes
- No
- Not sure

J8. Do you think that *some types of cigarettes* are less harmful to a person's health than other types?

- Yes
- No
- Not sure

J9. Compared to people who smoke every day, do you think people who smoke just some days have less or more risk of getting health problems in their lifetime?

- much less risk
- less risk
- about the same risk
- greater risk
- much greater risk

OR

J9. Compared to everyday smokers, the risk that people who do not smoke every day (someday smokers) will get health problems in their lifetime is...?

- much less
- less
- about the same
- greater
- much greater

J10. New types of cigarettes are now available called electronic cigarettes (also known as e-cigarettes or personal vaporizers). These products deliver nicotine through a vapor. Compared to smoking cigarettes, would you say that electronic cigarettes are ...

- much less harmful
- less harmful
- about the same
- more harmful
- much more harmful

J11. Some people who smoke cigarettes do things to undo the effects of their smoking. For each of the following, mark how much you think doing this can protect against the effects of smoking cigarettes. (*not at all, a little, some, a lot*)

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a. Exercising..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Eating fruits and vegetables..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Eating no saturated fats..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Eating whole grains..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Eating organic foods..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Taking vitamins..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Getting screened for lung cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Using moisturizer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Wearing sunscreen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Sleeping at least 8 hours per night..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Drinking at least 8 glasses of water per day..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Reducing stress..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. quitting smoking cigarettes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J12. As far as you know, does the United States Food and Drug Administration (FDA) regulate tobacco products in the U.S.?

- Yes
- No
- Not sure

J13. A drink of alcohol is 1 can or bottle of beer, 1 glass of wine, 1 can or bottle of wine cooler, 1 cocktail, or 1 shot of liquor.

During the past 30 days, how many days per week did you have at least one drink of any alcoholic beverage?

- 0 days → **GO TO J15**
- 1 day
- 2 days
- 3 days
- 4 days
- 5 days
- 6 days
- 7 days

J14. During the past 30 days, on the days when you drank, about how many drinks did you drink on the average?

		Drink(s)
--	--	----------

J15. Compared to a year ago, do you now drink less, more or about the same amount in a typical week?

- Less now than a year ago
- More now than a year ago
- About the same now as a year ago

J16. At any time in the past year, have you intentionally tried to decrease the amount of alcohol you drink?

- Yes
- No

K: Women and Cancer

K1. Are you male or female?

- Male → **GO TO L1 in the next column**
- Female

K2. Has a doctor ever told you that you could choose whether or not to have the Pap test?

- Yes
- No

K3. How long ago did you have your most recent Pap test to check for cervical cancer?

- A year ago or less
- More than 1, up to 2 years ago
- More than 2, up to 3 years ago
- More than 3, up to 5 years ago
- More than 5 years ago
- I have never had a Pap test

K4. How would you respond if your doctor told you that the benefits of the Pap test would be the same if you had them less often than you do now and recommended that you have them less often? Would you. . .

- Agree to have Pap tests less often
- Keep having Pap tests as often as you do now

OR

K4. *If your doctor told you that getting a Pap test less often than you do now would give you the same health benefits, would you. . .*

- Agree to have Pap tests less often
- Keep having Pap tests as often as you do now

K5. A mammogram is an x-ray of each breast to look for cancer.

Has a doctor ever told you that you could choose whether or not to have a mammogram?

- Yes
- No

K6. When did you have your most recent mammogram to check for breast cancer, if ever?

- A year ago or less
- More than 1, up to 2 years ago
- More than 2, up to 3 years ago
- More than 3, up to 5 years ago
- More than 5 years ago
- I have never had a mammogram

L: Screening for Cancer

L1. A vaccine to prevent HPV infection is available and is called the HPV shot, cervical cancer vaccine, GARDASIL®, or Cervarix®.

Has a doctor or other health care professional ever talked with you about the HPV shot or vaccine?

- Yes
- No

L2. Has a doctor or other health care professional ever recommended that you or an immediate family member between the ages of 9 and 27 get an HPV shot or vaccine?

- Yes
- No
- Not sure
- No one in my immediate family is between 9 and 27 years old

L3. Researchers continue to find new ways to prevent cervical cancer. How successful do you think each of the following are at keeping women from getting seriously ill from cervical cancer? *(not at all successful, a little successful, pretty successful, very successful)*



- a. Getting Pap tests on a regular basis....................
- b. Receiving the HPV vaccine between the ages of 9 and 27 instead of Pap tests....................

L4. There are a few different tests to check for colon cancer. These tests include:

A **colonoscopy** – For this test, a tube is inserted into your rectum and you are given medication that may make you feel sleepy. After the procedure, you need someone to drive you home.

A **sigmoidoscopy** – For this test, you are awake when the tube is inserted into your rectum. After the test you can drive yourself home.

A **stool blood test** – For this test, you collect a stool sample at home, and then provide it to a doctor or lab for testing.

Has a doctor ever told you that you could choose whether or not to have a test for colon cancer?

- Yes
- No

L5. Have you ever had a test to check for colon cancer?

- Yes
- No

L6. (Females **GO TO M1** in the next column. Males continue with this question.) The following questions are about discussions doctors or other health care professionals may have with their patients about the PSA test that is used to look for prostate cancer.

Have you ever had a PSA test?

- YEs
- No

L7. Has a doctor ever discussed with you whether or not you should have the PSA test?

- Yes
- No

L8. Has a doctor ever told you that you could choose whether or not to have the PSA test?

- Yes
- No

L9. Have you had as much involvement as you wanted in deciding whether to have a PSA test?

- Definitely
- Somewhat
- Not at all

L10. Has a doctor or other health care professional ever told you that some doctors recommend the PSA test and others do not?

- Yes
- No

L11. Has a doctor or other health care professional ever told you that no one is sure if using the PSA test actually saves lives?

- Yes
- No

L12. Has a doctor or other health care professional ever told you that . . .

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. The PSA test is not always accurate?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Some types of prostate cancer are slow-growing and need no treatment?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. The results of the PSA test cannot tell the difference between slow-growing and fast-growing prostate cancer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Treating any type of prostate cancer can lead to serious side-effects, such as problems with urination or having sex?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M: Beliefs About Cancer

► Think about cancer in general when answering the questions in this section.

M1. How likely are you to get cancer in your lifetime?

- Very unlikely
- Unlikely
- Neither unlikely nor likely
- Likely
- Very likely

M2. Compared to other people your age, how likely are you to get cancer in your lifetime?

- Very unlikely
- Unlikely
- Neither unlikely nor likely
- Likely
- Very likely

M3. How worried are you about getting cancer?

- Not at all
- Slightly
- Somewhat
- Moderately
- Extremely

M4. How much to you agree or disagree with the statement: "I'd rather not know my chance of getting cancer."

- Strongly agree
- Somewhat agree
- Somewhat disagree
- Strongly disagree

M5. In your opinion, how good is cancer screening at separating people who have cancer from people who don't have cancer?

- Not good at all
- Slightly good
- Pretty good
- Very good

OR

M5. As far as you know, can most cancer screening tests show . . .

- | | Yes | No | DK |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Whether a person actually has cancer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. What stage of cancer a person has?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Whether a person has pre-cancer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. What the chances are that a person might have cancer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M6. How much do you agree or disagree with each of the following statements?

	Strongly agree	Somewhat agree	Somewhat disagree	Strongly disagree
a. It seems like everything causes cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. There's not much you can do to lower your chances of getting cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. There are so many different recommendations about preventing cancer, it's hard to know which ones to follow	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Some cancers are slow growing and need no treatment.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. In adults, cancer is more common than heart disease.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. In women, breast cancer is more common than lung cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M7. As far as you know, who has a greater chance of getting cancer – a person with a 1 in 1000 chance of getting cancer, or a person with a 1 in 100 chance?

- 1 in 1000 is a greater chance of getting cancer
- 1 in 100 is a greater chance of getting cancer

N: Your Cancer History

N1. Have you ever been diagnosed as having cancer?

- Yes
- No → **GO TO N17 on page ?**

N2. What type of cancer did you have?

Mark all that apply.

- Bladder cancer
- Bone cancer
- Breast cancer
- Cervical cancer (cancer of the cervix)
- Colon cancer
- Endometrial cancer (cancer of the uterus)
- Head and neck cancer
- Hodgkin's lymphoma
- Leukemia/Blood cancer
- Liver cancer
- Lung cancer
- Melanoma
- Non-Hodgkin lymphoma
- Oral cancer
- Ovarian cancer
- Pancreatic cancer
- Pharyngeal (throat) cancer
- Prostate cancer
- Rectal cancer
- Renal (kidney) cancer
- Skin cancer, non-melanoma
- Stomach cancer
- Other-Specify →

N3. At what age were you first told that you had cancer?

			Age
--	--	--	-----

N4. Did you ever receive any treatment for your cancer? **ROTATING CORE**

- Yes
- No → **GO TO N7**

N5. Which of the following cancer treatments have you ever received?

	Yes	No
a. Chemotherapy (pills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Chemotherapy (intravenous)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Radiation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Surgery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N6. About how long ago did you receive your last cancer treatment? ROTATING CORE

- Less than 1 year ago
- 1 year ago to less than 5 years ago
- 5 years ago to less than 10 years ago
- 10 or more years ago

N7. Did a doctor or other health care professional ever give you a written summary of all the cancer treatments you received?

- Yes
- No → GO TO N9

N8. How much do you agree or disagree with the following statement: "The written summary of all the cancer treatments I received was too hard to understand."

- Strongly agree
- Somewhat agree
- Somewhat disagree
- Strongly disagree

OR

N8. How difficult was the written summary to understand?

- Not at all difficult
- A little difficult
- Pretty difficult
- Extremely difficult

N9. Have you ever received instructions from a doctor or other health care professional about where you should return or who you should see for routine cancer check-ups after completing your cancer treatment?

- Yes
- No → GO TO N11 in the next column

N10. How helpful were the instructions in understanding the next steps in your cancer-related care

- Not at all helpful
- A little helpful
- Somewhat helpful
- Very helpful

N11. Were you ever denied health insurance coverage because of your cancer?

- Yes
- No

N12. Looking back, since the time you were first diagnosed with cancer, how much of an impact has cancer and its treatment had on your financial situation?

- Very negative
- Somewhat negative
- No impact
- Somewhat positive
- Very positive

N13. In the last 12 months, have you been bothered by any symptoms or treatment-related side effects related to your cancer or cancer treatments?

- Yes
- No → GO TO N15

N14. In the last 12 months, how often did any doctor or other health care professional give you the help you wanted to take care of the symptoms or side effects that were bothering you?

- I did not talk with a doctor or other health professional
- Never
- Sometimes
- Usually
- Always

N15. Have you ever participated in a clinical trial for treatment of your cancer?

- Yes
- No
- Not sure

N16. Has a doctor or other member of your medical team discussed clinical trials as a treatment option for your cancer?

- Yes
- No
- Not sure

N17. Have any of your family members ever had cancer?

- Yes
- No
- Not sure

O: You and Your Household

O1. What is your age?

--	--	--

 Years old

O2. What is your current occupational status?

Mark only one.

- Employed
- Unemployed
- Homemaker
- Student
- Retired
- Disabled
- Other-Specify →

O3. Have you ever served on active duty in the U.S. Armed Forces, military Reserves or National Guard? Active duty does not include training in the Reserves or National Guard, but DOES include activation, for example, for the Persian Gulf War.

- Yes, now on active duty
 - Yes, on active duty in the last 12 months but not now
 - Yes, on active duty in the past, but not in the last 12 months
 - No, training for Reserves or National Guard only
 - No, never served in the military
- } GO TO O5

O4. In the past 12 months, have you received some or all of your health care from a VA hospital or clinic?

- Yes, all my health care
- Yes, some of my health care
- No, no VA health care received

O5. What is your marital status?

- Married
- Living as married
- Divorced
- Widowed
- Separated
- Single, never been married

O6. What is the highest grade or level of schooling you completed?

- Less than 8 years
- 8 through 11 years
- 12 years or completed high school
- Post high school training other than college (vocational or technical)
- Some college
- College graduate
- Postgraduate

O7. Were you born in the United States?

- Yes → GO TO O9
- No

O8. In what year did you come to live in the United States?

					Year
--	--	--	--	--	------

O9. How comfortable do you feel speaking English?

- Completely comfortable
- Very comfortable
- Somewhat comfortable
- A little comfortable
- Not at all comfortable

O10. Are you Hispanic, Latino/a, or Spanish origin?
One or more categories may be selected.

Mark one or more.

- No, not of Hispanic, Latino/a, or Spanish origin
- Yes, Mexican, Mexican American, Chicano/a
- Yes, Puerto Rican
- Yes, Cuban
- Yes, another Hispanic, Latino/a, or Spanish origin

O11. What is your race? One or more categories may be selected.

Mark one or more.

- White
- Black or African American
- American Indian or Alaska Native
- Asian Indian
- Chinese
- Filipino
- Japanese
- Korean
- Vietnamese
- Other Asian
- Native Hawaiian
- Guamanian or Chamorro
- Samoan
- Other Pacific Islander

O12. Including yourself, how many people live in your household?

		Number of people
--	--	------------------

O13. Including yourself, please mark the gender, and write in the age and month of birth for each adult 18 years of age or older living at this address.

	Gender	Age	Month Born (01-12)						
Adult 1	<input type="checkbox"/> Male	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/> Female									
Adult 2	<input type="checkbox"/> Male	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/> Female									
Adult 3	<input type="checkbox"/> Male	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/> Female									
Adult 4	<input type="checkbox"/> Male	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/> Female									
Adult 5	<input type="checkbox"/> Male	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 40px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr> </table>		
<input type="checkbox"/> Female									

O14. How many children under the age of 18 live in your household?

		Number of children under 18
--	--	-----------------------------

O15. Do you currently rent or own your home?

- Own
- Rent
- Occupied without paying monetary rent

O16. Does anyone in your family have a working cell phone?

- Yes
- No

O17. Is there at least one telephone inside your home that is currently working and is not a cell phone?

- Yes
- No


O18. Thinking about members of your family living in this household, what is your combined annual income, meaning the total pre-tax income from all sources earned in the past year?


- \$0 to \$9,999
- \$10,000 to \$14,999
- \$15,000 to \$19,999
- \$20,000 to \$34,999
- \$35,000 to \$49,999
- \$50,000 to \$74,999
- \$75,000 to \$99,999
- \$100,000 to \$199,999
- \$200,000 or more

O19. Did you complete this survey all in one sitting, or did you do it in more than one sitting?

- I completed the survey all in one sitting.
- I completed the survey in more than one sitting.

Thank
you!

 Please return this questionnaire in the postage-paid envelope at your earliest convenience.

 If you have lost the envelope, mail the completed questionnaire to:

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


O20. Did anyone help you complete this survey?

- Yes
- No

O21. About how long did it take you to complete the survey?

Write a number in one box below.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Minutes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hours
----------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	-------

O22. At which of the following types of addresses does your household currently receive residential mail? 

Mark all that apply.

- A street address with a house or building number
- An address with a rural route number
- A U.S. post office box (P.O. Box)
- A commercial mail box establishment (such as Mailboxes R Us, and Mailboxes Etc.)

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 A6 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 salud o de medicina, ¿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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sintió frustrado buscando información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le preocupaba la calidad de la información.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La información que encontró era difícil de entender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información de salud o temas médicos si lo necesita?

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

A7. En general, ¿cuánto confiaría obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

	Not at all	A little	Some	A lot
a. Un médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Familia o amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Periódicos o revistas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. El Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Agencias gubernamentales de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- h. Organizaciones de caridad.....
- i. Organizaciones y líderes religiosos.....

A8. Imagínesse que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca de temas de salud o medicina. ¿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 →

A9. ¿Cuanta atención le presta a la información sobre salud o temas médicos en cada una de las siguientes fuentes?

- | | None | A little | Some | A lot |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 televisión 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 → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en la próxima página**

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

- | | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Una línea 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 médica o de salud para usted?

- Sí
 No

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

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

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

médica o de salud:

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?

- | | Yes | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Seguro mediante un empleador actual o pasado o sindicato (suyo o de otro miembro de la familia) | <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"/> |
| c. Medicare..... | <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"/> |
| e. TRICARE u otro cuidado de la salud para los militares y sus familias | <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"/> |
| g. Servicio de la Salud para los Indígenas (Indian Health Service) | <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?



- a. ¿Le dieron la oportunidad de hacer todas las preguntas que usted tenía sobre su salud?..........
- b. ¿Le dieron la atención necesaria a sus emociones y sentimientos?..........

c. ¿Le involucraron en decisiones sobre su salud tanto como usted quiso?..........

d. ¿Se cercioraron de que usted comprendía todo lo que tiene que hacer para cuidar su salud?..........

e. ¿Le explicaron las cosas de una manera que usted podía comprender?..........

f. ¿Le dedicaron suficiente tiempo?..........

g. ¿Le ayudaron a manejar sus sentimientos de incertidumbre acerca de su salud y cuidado médico?..........

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 medica?

- 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?

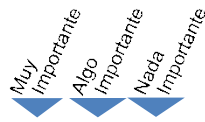
- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Aceptable
- Malo

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 → GO TO E5

E2. ¿Escuchó algo acerca de los ensayos clínicos de. . .

	Sí	No
a. Un medico, una enfermera u otro profesional de la salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Un familiar o amigo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Internet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Una organización específica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Periódicos, televisión o radio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Un show de ficción en la televisión, una película o un libro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Un anuncio comercial?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Una feria de la salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Otra fuente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. ¿Alguna vez ha discutido alguno de sus médicos los ensayos clínicos como opción para usted?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

E4. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

E5. Si le diagnosticaran una condición médica que amenazase su vida, ¿sería probable que usted participase en un ensayo clínico para esa condición?

- Muy probable
- Algo probable
- Ni probable ni improbable
- Algo improbable
- Muy improbable

E6. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con esta declaración: "Si los expertos tuvieran opiniones diferentes acerca de una prueba médica, yo estaría dispuesto/a intentarla."

- Completamente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

O

E6. *No todos los expertos en medicina están de acuerdo en la utilidad de ciertas pruebas médicas. Si su proveedor de la salud le ha recomendado que se haga una prueba médica sobre la cual los expertos en medicina están en desacuerdo, ¿sería importante cada una de las cosas siguientes para decidir hacerse, o no la prueba? (absolutamente no, algo, mucho)*

- a. *La cantidad de dinero que tendría que pagar de su bolsillo.....*
- b. *Los posibles efectos secundarios de hacerse la prueba.....*
- c. *La exactitud de otras pruebas disponibles para usted*
- d. *La gravedad de la condición para la que se hace la prueba.....*
- e. *La importancia que da su médico a que se haga la prueba.....*
- f. *Conocer a otras personas que se han hecho la prueba.....*
- g. *La cantidad de tiempo necesaria para hacer la prueba.....*

E7. Genetic 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

E8. ¿Qué piensa usted que es más importante para determinar si una persona desarrollará o no las condiciones siguientes? ¿Qué es más importante, las elecciones relacionadas con la salud, como la dieta o el ejercicio, o la composición genética de una persona, es decir, las características que pasan de una generación a la siguiente? *(las elecciones relacionadas con la salud son más importantes la composición genética es más importante/ambas son igualmente importantes / no lo sé)*

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| 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. Cáncer de pulmón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cáncer colorrectal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer de la piel..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer del cerebro..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cáncer pancreático..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer de seno..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer de próstata..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E9. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que usted tenía alguna de estas condiciones médicas?

- Sí No

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

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...

- | | Horas | Minutos |
|--|----------------------|----------------------|
| a. En un día de trabajo o escuela
(por ejemplo, un día) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. En un día que no es de trabajo o escuela (por ejemplo, los fines) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

F4. En una semana típica, ¿duerme usted menos, más o aproximadamente lo mismo que hace un año?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

F5. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado usted a propósito de aumentar la cantidad de tiempo que duerme normalmente?

- Sí
- No

F6. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies y Pulgadas

F7. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Libras

F8. ¿Pesa usted ahora menos, más, o aproximadamente lo mismo que pesaba hace un año?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

F9. En algún momento durante el último año, ¿trató a propósito de perder peso?

- Sí
- No

F10. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con esta declaración: El peso corporal es algo básico que uno mismo no puede hacer cambiar mucho?

- Completamente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Completamente en desacuerdo

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....................
- b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado....................
- c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas....................
- d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación....................

F12. Comparando con hace un año, ¿siente usted ahora menos, más o aproximadamente la misma cantidad de estrés?

Menos ahora que hace un año

Más ahora que hace un año

Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

F13. En cualquier momento durante el último año, ha tratado a propósito de reducir la cantidad de estrés que siente?

Sí

No

F14. ¿Puede contar con alguien para proporcionarle apoyo emocional cuando lo necesite, como para hablar de sus problemas o ayudarle a tomar decisiones difíciles?

Sí

No

F15. ¿Tiene usted tanto contacto como desearía con alguien a quien se siente cercano/a, alguien en quien confía y con quien puede hablar?

Sí

No

F16. ¿Hay alguien con quien puede contar para que le escuche cuando necesita hablar?

Sí

No

F17. ¿Hay alguien que pueda ayudarle con sus tareas diarias?

Sí

No

F18. ¿Hay alguien con quien puede contar para que le proporcione buen consejo acerca de un problema?

- Sí
- No

F19. ¿Hay alguien con quien puede contar para que le demuestre amor y afecto?

- Sí
- No

F20. ¿Tiene amigos o familiares con quienes habla de su salud?

- 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 en la próxima página**

G2. Si dispone de ella, ¿le parece útil la información de los menús respecto a las calorías para decidir qué ordenar?

- Nada útil
- Algo 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
 - 1 rebanada de sandía de una pulgada de grosor

G5. Comparando con hace un año, ¿come o bebe usted menos, más o aproximadamente la misma cantidad de fruta (incluyendo jugo puro de fruta) cada día?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

G6. 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

G7. ¿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) grande
 - 1 mazorca grande de maíz
 - 1 tomate grande crudo
 - 2 tallos de apio grandes
 - 1 taza de frijoles cocidos

G8. Comparando con hace un año, ¿come o bebe ahora menos, más o aproximadamente la misma cantidad de jugo puro de vegetales?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

1 cup of fruit could be:
 - 1 small apple
 - 1 large banana
 - 1 large orange
 - 8 large strawberries
 - 1 medium pear
 - 32 seedless grapes
 - 1 cup (8 oz.) fruit juice
 - ½ cup dried fruit
 - 1 inch-thick wedge of watermelon

G9. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de aumentar la cantidad de vegetales o jugo puro de vegetales que come o bebe normalmente cada día?

- Sí
- No

G10. ¿Cuántas bebidas o gaseosas azucaradas toma usted usualmente cada día? No incluya bebidas o gaseosas dietéticas.

- Nada
- 12 onzas (1 lata) o menos
- 13 a 24 onzas (2 latas)
- 25 a 36 onzas (3 latas)
- 37 a 48 onzas (4 latas)
- más de 48 onzas

G11. Comparando con hace un año, ¿bebe ahora menos, más o aproximadamente la misma cantidad de soda o bebidas gaseosas endulzadas con azúcar cada día?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

G12. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de reducir la cantidad de soda o bebidas gaseosas endulzadas con azúcar que bebe cada día?

- Sí
- No

G13. Comparando con hace un año, ¿come ahora menos, más o aproximadamente la misma cantidad de alimentos fritos u otros alimentos con una cantidad elevada de grasa?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

G14. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de reducir la cantidad de alimentos con una cantidad elevada de grasa que come?

- Sí
- No

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?

- 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.

Minutos 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. Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días caminó al menos 10 minutos para llegar a algún lugar?

- Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA H6**
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

H5. Como promedio, ¿cuánto tiempo caminó esos días?

Minutos Horas

H6. Comparando con hace un año, ¿hace usted menos, más o aproximadamente la misma cantidad de ejercicio en una semana típica?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

H7. 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

H8. Independientemente de cuánto ejercicio hace ahora, ¿qué importancia tienen para usted las razones siguientes para comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio regularmente? (ninguna, un poco, alguna, mucha)

- | | |
|---|---|
| | ▼▼▼▼ |
| a. Reducir el riesgo de tener diabetes..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| b. Reducir el riesgo de tener una enfermedad del corazón..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| c. Reducir el riesgo de tener cáncer..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| d. Mejorar su salud en general..... | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

H9. La gente decide comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio regularmente por muchas razones que no están directamente relacionadas con la salud.

¿Cuánto le motiva a usted cada una de las cosas siguientes para comenzar a hacer o continuar haciendo ejercicio regularmente? (nada en absoluto, un poco, algo, mucho)

a.	Presión de los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Preocupación por su apariencia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Sentirse culpable cuando no hace ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Disfrutar haciendo ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H10. 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

I1. En su opinión, ¿cuánto perjudica la salud cada una de las cosas siguientes? (Nada en absoluto, un poco, algo, mucho, no estoy seguro/a)

O

I1 ¿Cuánto le preocupa que cada una de las cosas siguientes perjudique su salud? (Nada en absoluto, un poco, algo, mucho)

a.	Contaminación del aire en el exterior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Contaminación del aire en el interior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Productos químicos artificiales en el agua.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Pesticidas y otros productos químicos en los alimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I2. En su opinión, ¿cuánto perjudica la salud humana cada una de las cosas siguientes? (nada en absoluto, un poco, algo, mucho, no estoy seguro/a)

O

I2. ¿Cuánto le preocupa que cada una de las cosas siguientes perjudique su salud? (nada en absoluto, un poco, algo, mucho, no estoy seguro/a)

a.	Radiación de los teléfonos celulares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Radiación de las pruebas médicas con producción de imágenes, como rayos X, mamografía, tintes radioactivos, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Productos químicos en artículos domésticos como recipientes de plástico, muebles, pintura, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Productos químicos en productos para el cuidado personal como maquillaje, perfumes, productos para el cabello, etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I3. En general, ¿cuánto confía en la información de cada una de las fuentes siguientes acerca del efecto que pueden tener sobre la salud la contaminación y otros productos químicos en el medio ambiente? (nada en absoluto, un poco, algo, mucho, no estoy seguro/a)

a.	Un médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Familiares o amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Periódicos o revistas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Internet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Agencias de la salud del gobierno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Grupos medioambientales del gobierno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Otros grupos medioambientales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. En general, ¿cuánto confía en la información acerca del efecto que pueden tener sobre la salud la contaminación y otros productos químicos en el medio ambiente, cuando la información proviene de compañías que fabrican o venden productos?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho
- No estoy seguro/a

15. ¿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

16. 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**

17. Cuando está usted al aire libre por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con cuánta frecuencia . . . (nunca, muy pocas veces, algunas veces, a menudo, siempre)

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. lleva pantalones largos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. lleva un sombrero que le da sombra en la cara, las orejas y el cuello?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. lleva una camisa con mangas que le cubre los hombros?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. se queda a la sombra o bajo una sombrilla?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 en la siguiente columna**

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

J3. ¿Fuma usted ahora menos, más o aproximadamente lo mismo que hace un año?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

J4. En cualquier momento durante el último año, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de dejar el tabaco?

- Sí
- No

J5. En cualquier momento durante el último año, ¿ha hablado con un medico 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. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con esta declaración: Fumar es algo básico acerca de lo cual uno no puede cambiar mucho?

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

J7. ¿Cree usted que algunos productos de tabaco sin humo, como el tabaco bucal americano y sueco (snuff y snus) son menos perjudiciales para la gente que los cigarrillos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J8. ¿Cree usted que *algunos tipos de cigarrillos* son menos perjudiciales para la salud que otros tipos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J9. Comparado con personas que fuman todos los días, ¿cree usted que las personas que fuman solamente algunos días corren menos o más riesgo de tener problemas de salud durante su vida?

- mucho menos riesgo
- menos riesgo
- aproximadamente el mismo riesgo
- más riesgo
- mucho más riesgo

O

J9. *Comparado con los fumadores que fuman todos los días, el riesgo de que las personas que no fuman todos los días (fumadores ocasionales) tengan problemas de salud durante su vida es ...*

- mucho menor*
- menor*
- aproximadamente igual*
- mayor*
- mucho mayor*

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?
- aproximadamente lo mismo?
- más perjudiciales?
- mucho más perjudiciales?

J11. Algunas personas que fuman cigarrillos hacen cosas para contrarrestar los efectos de fumar. Para cada una de las cosas siguientes, marque cuánto cree que hacer esto protege contra los efectos de fumar cigarrillos. (*nada en absoluto, un poco, algo, mucho*)

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| a. Hacer ejercicio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Comer frutas y vegetales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Comer grasas no saturadas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Comer granos integrales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Comer alimentos orgánicos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Tomar vitaminas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Hacerse pruebas de cáncer de pulmón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Usar humectantes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Usar protección solar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Dormir al menos 8 horas cada noche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Beber al menos 8 vasos de agua cada día..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Reducir el estrés stress..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. dejar de fumar cigarrillos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J12. Por lo que usted sabe, ¿la administración de alimentos y drogas (FDA) regula los productos de tabaco en los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J13. 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 J15**
- 1 día
- 2 días
- 3 días
- 4 días
- 5 días
- 6 días
- 7 días

J14. Durante los últimos 30 días, en los días que bebió alcohol, ¿en promedio cuántas bebidas tomó aproximadamente?

		Bebidas(s)
--	--	------------

J15. Comparando con hace un año, ¿toma usted ahora menos, más o aproximadamente la misma cantidad en una semana típica?

- Menos ahora que hace un año
- Más ahora que hace un año
- Aproximadamente lo mismo ahora que hace un año

J16. En cualquier momento durante el último año, ¿ha tratado a propósito de reducir la cantidad de alcohol que toma?

- Sí
- No

K: Las mujeres y el cáncer

K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

- Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA L1**
- 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 Pap 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 Pap con menos frecuencia
- seguiría haciéndose las pruebas Pap con la misma frecuencia que ahora

O

K4. Si su médico le dijese que haciéndose una prueba Pap con menos frecuencia que ahora usted obtendría los mismos beneficios para la salud, usted. . .

- estaría de acuerdo en hacerse las pruebas Pap con menos frecuencia
- seguiría haciéndose las pruebas Pap 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 cáncer 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. ¿Algún medico u otro profesional de la salud le ha recomendado alguna vez que usted o un miembro de su familia inmediata entre las edades de 9 y 27 años se ponga una inyección o vacuna para el HPV (virus del papiloma humano)?

- Sí
- No
- No estoy seguro (a)
- Nadie de mi familia inmediata tiene entre 9 y 27 años

L3. Los investigadores continúan hallando maneras de prevenir el cáncer cervical. ¿Cuánto éxito cree usted que tiene cada una de las cosas siguientes para impedir que las mujeres se enfermen gravemente con cáncer cervical? (ningún éxito, algún éxito, bastante éxito, mucho éxito)



- a. Hacerse pruebas Pap regularmente.....
- b. Recibir la vacuna del HPV entre las edades de 9 y 27 años en vez de las pruebas Pap.....

L4. 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

L5. ¿Se ha hecho alguna vez un examen para detectar cáncer de colon?

- Sí
- No

L6. (Si usted es mujer, **VAYA A LA PREGUNTA M1** en la siguiente columna. Si es hombre continúe con la pregunta **F4**.) Las siguientes preguntas son acerca de conversaciones que médicos u otros profesionales de salud pueden tener con sus

pacientes sobre la prueba APE (PSA, por sus siglas en inglés) usada para detectar cáncer de próstata.

¿Le han hecho alguna vez la prueba APE?

- Sí
- No

L7. ¿Algún medico ha hablado con usted alguna vez sobre si debería, o no, hacerse la prueba PSA (antígeno prostático específico)?

- Sí
- No

L8. ¿Algún medico le ha dicho alguna vez que usted podría escoger entre hacerse o no hacerse la prueba PSA?

- Sí
- No

L9. ¿Ha participado usted tanto como deseaba en la decisión de hacerse, o no hacerse una prueba PSA?

- Definitivamente
- Algo
- Nada en absoluto

L10. ¿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

L11. ¿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

L12. ¿Le ha dicho alguna vez un medico u otro profesional de la salud que . . .

Sí No

- a. la prueba del PSA no siempre es exacta?.....
- b. algunos tipos de cáncer de próstata crecen lentamente y no necesitan tratamiento?.....
- c. los resultados de la prueba del PSA no pueden mostrar la diferencia entre cáncer de próstata de crecimiento lento y de crecimiento rápido?.....
- d. el tratamiento de cualquier clase de cáncer de próstata puede causar efectos secundarios graves, como problemas para orinar o para tener relaciones sexuales?.....

M: Creencias respecto al cáncer

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

M1. ¿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

M2. Comparado con otras personas de su edad, ¿cuán probable es que usted contraiga cáncer en el transcurso de su vida?

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

M3. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

- Nada
- Un poco
- Algo

- Moderadamente
- Mucho

M4. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con la declaración: "Prefiero no saber cuántas probabilidades tengo de tener cáncer."

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

M5. En su opinión, ¿qué tan buena es la exploración del cáncer para separar las personas que tienen cáncer de las que no tienen cáncer?

- Nada buena
- Algo buena
- Bastante buena
- Muy buena

O

M5. Por lo que usted sabe, ¿pueden la mayor parte de las pruebas de exploración del cáncer mostrar. . .

- | | Sí | No | NS |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. si una persona realmente tiene cáncer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. en qué etapa del cáncer está una persona?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. si una persona tiene una condición pre-cancerosa?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. cuáles son las probabilidades de que una persona tenga cáncer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M6. ¿Cuánto está usted 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. Parece que todo causa cáncer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

d. Algunas clases de cáncer crecen lentamente 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

M7. Por lo que usted sabe, ¿quién tiene una probabilidad mayor de tener cáncer – una persona con una probabilidad de 1 en 1000 o una persona con una probabilidad de 1 en 100?

- 1 en 1000 es una probabilidad mayor de tener cáncer
- 1 en 100 es una probabilidad mayor de tener cáncer

N: Su historial de cáncer

N1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA N17**

N2. ¿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

N3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

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

N4. ¿Ha recibido alguna vez algún tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA N7**

N5. ¿Cuál de los tratamientos siguientes para el cáncer ha recibido usted?

	Sí	No
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"/>

N6. ¿Hace cuánto tiempo aproximadamente recibió su último tratamiento para el cáncer? ROTATING CORE

- Hace menos de 1 año
- De hace 1 año a menos de hace 5 años
- De hace 5 años a menos de hace 10 años
- Hace 10 años o más

N7. ¿Alguna vez le dio un medico u otro profesional de la salud un resumen escrito de todos los tratamientos para el cáncer que recibió?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA N9**

N8. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la declaración siguiente: "El resumen escrito de todos los tratamientos de cáncer que recibí era demasiado difícil de comprender."

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

N8. ¿Era difícil comprender el resumen escrito?

- No era difícil en absoluto
- Un poco difícil
- Bastante difícil
- Sumamente difícil

N9. ¿Ha recibido alguna vez instrucciones de un medico 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 N11 en la siguiente columna**

N10. ¿Fueron útiles las instrucciones para comprender los pasos siguientes del cuidado relacionado con su cáncer?

- Nada útiles en absoluto
- Un poco útiles
- Algo útiles
- Muy útiles

N11. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

- Sí
- No

N12. 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

N13. Durante los últimos 12 meses, ¿le han molestado algunos síntomas o efectos secundarios de su cáncer o del tratamiento del cáncer?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA N15**

N14. Durante los últimos 12 meses, ¿con cuánta frecuencia le dio algún medico u otro profesional de la salud la ayuda que usted deseaba para cuidar los síntomas o los efectos secundarios que le estaban molestando?

- No hablé con ningún medico ni ningún otro profesional de la salud
- Nunca
- Algunas veces
- Habitualmente
- Siempre

N15. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

N16. ¿Ha discutido su medico u otro miembro de su equipo médico pruebas clínicas como opción de tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

N17. ¿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

VAYA A

- No, nunca presté servicio militar **LA PREGUNTA O5**

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. ¿Qué tan cómodo se siente hablando Inglés?

- Completamente cómodo
 Muy cómodo
 Algo cómodo
 Poco cómodo
 Totalmente incómodo

O10. ¿Es usted hispano/a, latino/a o de origen español? Puede seleccionar una o más categorías. CORE

Marque una o más.

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

O11. ¿Cuál es su raza? Puede seleccionar una o más categorías. CORE

Marque una o más.

- Blanca
 Negra o africana 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. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

Número de personas

O13. Incluyéndose 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.

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

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

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

O20. ¿Le ayudó alguien a completar esta encuesta?

- Sí
- No

O21. ¿Cuánto tiempo le tomo completar la encuesta?

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

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

O22. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque con todo lo que le appliqué.

- 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