

HINTS 4, CYCLE 3 DRAFT INSTRUMENT FOR TESTING – SPANISH VERSION

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

NOTIFICACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE EL ESTIMADO DE CARGA: Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 90 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede realizar 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 (OMB 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). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

A: Buscando información sobre 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, hojas volantes, etc.
- Organizaciones 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. ¿Le piden a usted sus familiares o amigos información o consejos sobre temas de salud?

- 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 con cada una de las siguientes frases?



- a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....
- b. Se sintió frustrado buscando información.....
- c. Le preocupaba la calidad de la información.....
- d. La información que encontró era difícil de entender.....

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

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

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



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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

A9. Imagínese 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 cuidados de la salud
- Internet
- Biblioteca
- Revistas
- Periódicos
- Número de información telefónica
- Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- Otro-Especifique →

A10. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- Sí
- No

A11. ¿Cuánta atención le presta a la información sobre salud o temas médicos en cada una de las siguientes fuentes?

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

B: Utilizando el Internet para hallar información

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

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

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

- | | <i>í</i> | <i>o</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a.....Una 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 (Wi-Fi) | <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 B7 en la próxima página**

B6. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información médica o de salud:

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

B7. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

Sí **No**

- í** **o**
- a.....Visitó un sitio de red social como Facebook o LinkedIn.....
 - b.Escribió en un diario electrónico o blog (ej. Web log).....
 - c.....Compartió fotos, videos, u otro contenido multimedia en sitios como YouTube o Instagram
 - d.. Descargó información a un aparato móvil, tal como un dispositivo MP3, teléfono celular, computadora tableta o libro electrónico.....

- a. -Buscó información médica o de salud para usted mismo.....
- b. Buscó información médica o de salud para otra persona.....
- c. Buscó información sobre cómo dejar de fumar.....
- d. Compró medicamentos o vitaminas por Internet.....
- e. Participó a través del Internet en un grupo para gente con problemas médicos o de salud similares.....
- f. Usó un sitio web como ayuda con su dieta, peso o actividad física.....
- g. Buscó un proveedor de atención médica.....
- h. Descargó del Internet información relacionada a la salud a un aparato móvil, un dispositivo MP3, teléfono celular, computadora portátil (computadora tableta) o libro electrónico.....
- i. Compartió información de salud en sitios de red social, tal como Facebook o Twitter.....
- j. Ofreció y recibió apoyo social relacionado con cuestiones de salud con su familia o sus amigos.....
- k. Mantuvo un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas o citas médicas futuras.....
- l. Vio un video relacionado con la salud en YouTube.....

B8. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

B9. ¿Ha hecho alguna otra actividad en el Internet relacionada con la salud?

Sí-Especifique →

No

B10. Los científicos que realizan estudios deberían poder mirar mi información médica si no va vinculada personalmente a mí.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

B11. ¿Cuál de los siguientes métodos ha usado usted para comunicarse electrónicamente (enviar o recibir) información médica o de salud con su médico o proveedor de cuidados de la salud? Marque todas las que correspondan.

- E-mail (correo electrónico)
- Mensajes de texto
- Mensajes con seguridad
- Programa en un teléfono móvil (“Smart phone app”)
- Conferencia de video en su teléfono móvil (tal como Skype, Facetime, etc.)
- Sitios de red social (como Facebook, Google+, CaringBridge, etc.)
- Otros (especifique por favor): _____

B12. ¿Qué tipos de información médica o de salud no se sentiría cómodo recibiendo electrónicamente de su médico o proveedor de cuidados de la salud por medio de su teléfono móvil debido a cuestiones de privacidad o seguridad? Marque todos los que correspondan:

- Recordatorios de citas
- Consejos sobre la salud general
- Recordatorios de tomar su medicamento
- Resultados de sus pruebas médicas o de laboratorio
- Información diagnóstica (es decir, de que tiene una enfermedad o afección médica)
- Ninguno de los anteriores

B13. ¿Qué tipos de información médica o de salud no se sentiría cómodo enviando electrónicamente a su médico o proveedor de cuidados de la salud por medio de su teléfono móvil debido a cuestiones de privacidad o seguridad? Marque todos los que correspondan:

- Sus signos vitales (como el pulso, la tensión sanguínea, niveles de glucosa, etc.)
- Aspectos de su comportamiento (como la actividad física, su consumo de alimentos, horas de sueño, etc.)
- Síntomas (como náuseas, dolor, mareos, etc.)
- Imágenes digitales/video (como fotos de lesiones en la piel)
- Ninguno de los anteriores

B14. ¿Qué tan de acuerdo está con la siguiente afirmación: “Me interesaría comunicar electrónicamente (enviar y recibir) información médica o de salud con mis médicos y proveedores de cuidados de la salud usando mi teléfono móvil, a pesar de las inquietudes que pueda tener acerca de la privacidad y seguridad”.

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

C: Su cuidado de salud

- No lo sé
- Nunca

C1. ¿Sin incluir psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, hay algún médico, enfermera, u otro profesional de la salud en particular que usted visite más a menudo?

- Sí
- No

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

í o

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

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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

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

C6. Las siguientes preguntas son acerca de su comunicación con todos los médicos, enfermeras u otros profesionales del cuidado de salud que usted vio durante los últimos 12 meses.

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?



- 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 médica?_

- Siempre
- Por lo general
- A veces
- Nunca

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

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Aceptable
- Malo

C9. Durante los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un médico, enfermero u otro profesional de la salud acerca de cualquier información sobre la salud que usted ha obtenido en el Internet?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA D1**

C10. Durante los últimos 12 meses, cuando habló con un profesional del cuidado de la salud, ¿qué tan interesado estuvo en la información que usted encontró en Internet?

- Muy interesado
- Interesado
- Un poco interesado
- No estaba interesado

C11. ¿Ha estado alguna vez en un estudio de investigación médica donde recibió uno de dos tratamientos, tal como medicamentos o procedimientos quirúrgicos (es decir, lo operaron)?

- Sí
- No

D: Su salud, nutrición y actividad física

D1. En general, diría usted que su salud es...

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

D2. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno 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....................

D3. En general, ¿cuánto confía en su capacidad para cuidar bien de su salud?

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

D4. 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

D5. Si en el menú dice cuantas calorías tiene cada plato, ¿con qué frecuencia usa esta información para decidir qué va a ordenar?

- Siempre
- Por lo general
- A veces
- Rara vez
- Nunca

D6. ¿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 banana grande
- 1 naranja grande
- 8 fresas grandes
- 1 pera mediana
- 32 uvas sin semilla
- 2 ciruelas grandes
- 1 taza de jugo de fruta
- 1-2 taza de fruta seca
- 1 rebanada de sandía de una pulgada de

D7. ¿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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

D8. ¿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

D9. 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 D11 en la próxima página**
- 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

D10. 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

D11. 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

D12. 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

D13. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

Pies **y** Pulgadas

D14. ¿Cuál es su peso en libras, sin zapatos?

Libras

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

Esta información sale en la parte de atrás de un envase de helado de 16 onzas (dos tazas)

Información Nutricional			
Tamaño de la Porción		½ taza	
Porciones por envase		4	
Cantidad por porción			
Calorías	250	Cal Grasa	120
			%DV
Grasa Total	13g		20%
Grasas Sat	9g		40%
Colesterol	28mg		12%
Sodio	55mg		2%
Total Carbohidratos	30g		12%
Fibras Dietéticas	2g		
Azúcares	23g		
Proteína	4g		8%

*Porcentaje de Valores Diarios (DV) se basan en una dieta de 2.000 calorías. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.

Ingredientes: Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Cacahuete (Maní), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.

D15. Si usted se come todo el helado que viene en el envase, ¿cuántas calorías consume?

D16. Si a usted se le permitiera comer 60 gramos de carbohidratos como merienda, ¿cuánto helado podría comer?

D17. Su médico le aconseja que reduzca la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Usted por lo general consume diariamente 42 gramos de grasa saturada, incluyendo 1 porción de helado. Si usted deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasas saturadas estaría consumiendo cada día?

_____ gramos

D18. Si normalmente usted consume 2500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su consumo diario de calorías estaría comiendo si se come una porción de helado?

_____ por ciento

D19. Imagine que usted le tiene alergia a las siguientes sustancias: Penicilina, cacahuates (maní), guantes de látex y picaduras de abeja.

¿Puede usted comer este helado sin temor a una reacción alérgica?

- Sí
 No
 No sé

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

D20. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses ha usado una cama o cabina de bronceado?

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

D21. Si está afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia usa protector solar?

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Muy pocas veces
- Nunca
- No salgo fuera en días soleados

D22. Si está afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia.....

- never – nunca
- rarely – muy pocas veces
- sometimes – a veces
- often – a menudo
- always - siempre

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a.....	<input type="checkbox"/>				
b.....	<input type="checkbox"/>				
c.....	<input type="checkbox"/>				
d.....	<input type="checkbox"/>				

D23. ¿Cuánto duerme usted típicamente...

oras minutos

- a. En un día de trabajo o escuela (por ejemplo un día laborable)?.....
- b. En un día que no es de trabajo o escuela (por ejemplo, los fines de semana)?.....

Las siguientes preguntas son acerca del control sobre diferentes aspectos de su vida que pueden verse afectados por el hecho de tener cáncer del seno. Las preguntas son sobre cuánto control tiene usted *personalmente* sobre ciertos aspectos de su vida. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta y use la siguiente escala para elegir la respuesta que mejor refleja qué siente hoy usted respecto al control en estos aspectos. **Se ofrece espacio para anotar su respuesta a cada pregunta.**

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

D24. ¿Cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre sus **síntomas físicos**, incluyendo...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

a.....	<input type="checkbox"/>				
b.....	<input type="checkbox"/>				
c.....	<input type="checkbox"/>				
dormir?.....	<input type="checkbox"/>				
d.....	<input type="checkbox"/>				
.....movilidad/flexibilidad?	<input type="checkbox"/>				
e.....	<input type="checkbox"/>				
f.....	<input type="checkbox"/>				
brazos?.....	<input type="checkbox"/>				

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

D25. ¿Cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre la **atención médica que recibe y las decisiones relacionadas con ella**, incluyendo...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

- a.....reunir información importante y obtener respuesta a sus preguntas?.....
- b.....recibir los tratamientos que usted quiere?.....
- c.....escoger a un médico con quien usted se siente a gusto?.....
- d.....programar sus tratamientos a horas convenientes para usted?.....

D26. ¿Cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre **los resultados de su cáncer del seno**, incluyendo...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

- a.....recuperarse del cáncer del seno?.....
- b.....prevenir que el cáncer del seno regrese?.....

D27. ¿Cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre sus **emociones**, incluyendo...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

- a.....sentirse triste?
- b.....sentir que ha perdido el control?.....
- c.....sentirse culpable?
- d.....ataques de llanto?
- e.....sentirse enojada?
- f.....preocupada por el futuro?

D28. ¿Cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre su **relación** con otras personas en su vida incluyendo su...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

- a.....pareja/esposo(a)?
- b.....otros miembros de la familia?.....
- c.....
- d.....compañeros de trabajo?
- e.....proveedores de atención médica (médicos y enfermeras)?.....

D29. En general, ¿cuánto control *personal* cree usted que tiene sobre su **vida**, incluyendo...

- Ningún control
- Un poquito de control
- Un control moderado
- Mucho control
- Esta pregunta no le corresponde

- a.....las cosas o sucesos
 más importantes para
 usted?.....
- b.....sus problemas
 personales?.....
- c.....la superación de los
 problemas
 que se le presentan?.....

E: Activación del paciente

- E1. Cuando va al médico, usted lleva una lista de preguntas o cosas que le preocupan para hablar de ello durante la visita--¿hace esto siempre, normalmente, a veces o nunca?
- Siempre
 Normalmente
 A veces
 Nunca
 No sé
- E2. Cuando va al médico, lleva una lista de todos los medicamentos que le han recetado--¿hace esto siempre, normalmente, a veces o nunca?
- Siempre
 Normalmente
 A veces
 Nunca
 No corresponde
 No sé
- E3. Le pide a su médico que le explique en detalle alguna prueba o examen, un tratamiento, o procedimiento--¿hace esto siempre, normalmente, a veces o nunca?
- Siempre
 Normalmente
 A veces
 Nunca
 No corresponde
- E4. ¿Le ha hecho preguntas a su médico alguna vez sobre algún tratamiento, prueba o medicamento que él o ella le ha recomendado?
- Sí
 No
 No corresponde

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

E5. En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con un médico, enfermera, u otro profesional de la salud acerca de cualquier información sobre salud que usted ha obtenido en..



- a.....Internet?
- b.....Revistas?
- c.....Periódicos?
- d.....Avisos comerciales?
- e.....De familiares o amigos?
- f.....Periódicos o revistas?
- g.....
- h.....Televisión?
- i.....Agencias de salud del gobierno?.....
- j.....Organizaciones de caridad?
- k.....Organizaciones y líderes religiosos?.....

E6. ¿Ha revisado alguna vez el medicamento que le dieron en la farmacia para ver si es lo que escribió el médico en la receta?

- Sí
- No
- No corresponde

E7. ¿Con qué frecuencia hace usted sus propias averiguaciones sobre un tema médico o de salud después de haber visto al médico?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

E8. **Tomar parte activa en mi propio cuidado de la salud es lo más importante para mi salud y mi capacidad para funcionar.**

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No corresponde

E9. A fin de cuentas, soy yo la persona responsable por manejar mi condición de salud

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No corresponde

E10. Usted se asegura de que sí ha entendido los resultados de cualquier examen o procedimiento médico (por ejemplo radiografías, análisis de sangre o EKG para enfermedades del corazón)--¿hace esto siempre, normalmente, a veces o nunca?

- Siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca
- No sé

E11. Cuando le recetan un nuevo medicamento, usted lee la información sobre el medicamento, tal como los efectos secundarios y precauciones---¿hace esto siempre, normalmente, a veces o nunca?

- Siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca
- No sé

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

E12. ¿Ha ido usted alguna vez al médico con un familiar o amigo con el fin de que esa persona le ayude a hacer preguntas, entender o recordar lo que el médico le dijo?

- Sí
- No
- No corresponde

E13. ¿Ha llamado alguna vez para preguntar sobre los resultados de un examen médico que se había hecho?

- Sí
- No
- No corresponde

E14. ¿Ha consultado con su médico alguna vez acerca del hospital al que usted va?

- Sí
- No
- No corresponde

E15. ¿Ha hablado usted alguna vez con un cirujano sobre los detalles de la operación, tal como qué exactamente va a hacer, cuánto tiempo tomará y el proceso de recuperación?

- Sí
- No
- No corresponde

E16. Por favor dígame qué tan seguro está usted en que puede saber cuándo es necesario recibir atención médica.

- Muy seguro
- Seguro
- Algo seguro
- Nada seguro
- No sé

E17. Lo siguiente pasa siempre, normalmente, a veces o nunca: le pido al médico que me explique en detalle un examen, tratamiento, o procedimiento.

- Siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca
- No corresponde
- No sé

E18. Lo siguiente pasa siempre, normalmente, a veces o nunca: Antes de ir a un médico por primera vez, averiguo lo más que puedo sobre sus calificaciones.

- Siempre
- Normalmente
- A veces
- Nunca
- No corresponde
- No sé

E19. En vez de esperar que ellos me lo digan, por lo general le pregunto sobre mi salud al médico o la enfermera inmediatamente después de un examen.

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

E20. Por lo general no le hago muchas preguntas al médico o la enfermera acerca de qué están haciendo durante un examen médico.

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

E21. Hago lo que puedo para que me examinen para ver si tengo cáncer.

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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

E23. En su opinión, ¿qué tan buena es la exploración del cáncer para diferenciar las personas que tienen cáncer de las que no tienen cáncer?

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

E24. Que usted sepa, ¿la mayoría de las pruebas de cáncer pueden mostrar...

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | í | o | o sé |
| a.....Si una persona tiene cáncer o no? | <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.....Las probabilidades de que una persona pudiera tener cáncer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F4. 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

F5. Durante los últimos 12 meses, le ha recomendado un médico, enfermera, u otro profesional de la salud que se haga una mamografía?

- Sí
- No
- No sé

F6. ¿Cuándo se hizo su última mamografía para detectar el cáncer de mama, si alguna vez se la ha hecho?

- 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

F: Mujeres y el cáncer

F1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

- Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA G8 en la siguiente columna**
- Femenino

F2. ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted puede elegir tener o no tener la prueba de Papanicolaou?

- Sí
- No

F3. ¿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

F7. ¿Hay una razón en particular por la cual no se ha hecho una mamografía {todavía}?

F8. ¿Hay una razón en particular por la cual no se ha hecho una mamografía {en los últimos 2 años}?

G: Detectando el cáncer

G1. 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

G2. ¿Ha oído hablar alguna vez del VPH? VPH son las iniciales de Virus del Papiloma Humano?

- Sí
- No
- No sé

G3. ¿Ha oído hablar alguna vez del VPH? VPH son las iniciales de Virus del Papiloma Humano? No es VIH o SIDA, HSV, ni herpes.

- Sí
- No
- No sé

G4. ¿Cree usted que el VPH causa cáncer cervical?

- Sí
- No
- No sé

G5. ¿Cree usted que el VPH puede causar cáncer cervical?

- Sí
- No
- No sé

G6. ¿Cree usted que el VPH es una enfermedad que se transmite por contacto sexual?

- Sí
- No
- No sé

G7. ¿Cree usted que el VPH a menudo se va solo sin que se le dé tratamiento?

- Sí
- No
- No sé

G8. Hay varios 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

G9. ¿Se ha hecho alguna vez un examen para detectar cáncer de colon?

- Sí
- No

Hombres, continúen a la pregunta G10 en la siguiente

Mujeres, PASEN A LA PREGUNTA H1 en la siguiente



ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

G10. Las preguntas siguientes se refieren a conversaciones que los médicos u otros profesionales de la salud podrían haber tenido con sus pacientes acerca de la prueba APE (antígeno prostático específico, o PSA en inglés) que se utiliza para detectar el cáncer de la próstata.

¿Alguna vez le han hecho una prueba APE?

- Sí
- No

G11. ¿Alguna vez un médico ha hablado con usted acerca de si debería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA H1 en la próxima página**

G12. En esa conversación, ¿le preguntó el médico si usted quería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)?

- Sí
- No

G13. ¿Le ha dicho un médico alguna vez que algunos expertos están en desacuerdo sobre si los hombres deberían hacerse pruebas APE (PSA en inglés)?

- Sí
- No

G14. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que...

Sí No

- a. La prueba APE no siempre es exacta?.....
- b. Algunos tipos de cáncer de la próstata crecen lentamente y no necesitan tratamiento?.....
- c. El tratamiento para cualquier tipo de cáncer de la próstata puede causar efectos secundarios graves, como problemas al orinar o al tener relaciones sexuales?.....

H: Su historial de cáncer

H1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA H4 en la siguiente columna**

H2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque todos los que apliquen.

- 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 →

H3. ¿A qué edad le dijeron por primera vez que tenía cáncer?

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

H4. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No

H5. Los ensayos clínicos son estudios de investigación realizados con personas. Se hacen para probar la seguridad y la eficacia de tratamientos nuevos y para comparar tratamientos nuevos con el cuidado estándar que reciben las personas actualmente. ¿Ha oído hablar alguna vez de un ensayo clínico?

- Sí
- No
- No sé

H6 Le oyó hablar de los ensayos clínicos a ...

		í	o
a.....Un médico, una enfermera u otro profesional de la salud?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Un familiar o un amigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Internet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Una organización específica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Periódicos, televisión o radio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.Un programa de televisión de ficción, película o un libro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Un anuncio comercial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.....Una feria de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.....Otra fuente de información?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.No sabe de donde vino la información	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H7. ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico para el tratamiento de su cáncer?

- Sí
- No
- No sé

H8 ¿Ha participado alguna vez en un ensayo clínico?

- Sí
- No
- No sé

H9. Si se le diagnosticara cáncer, ¿cuál es la probabilidad de que usted participaría en un estudio de investigación para un nuevo tratamiento?

- Muy probable
- Algo probable
- Igual de probable que no probable
- No muy probable
- Casi nada de probable

Si en algún momento de su vida se le ha diagnosticado cáncer, por favor PASE A LA PREGUNTA I4 en la siguiente página.

I: Creencias sobre el cáncer

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

11. ¿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
12. 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
13. Seleccione la respuesta que mejor represente su opinión sobre la frase: “Siento que sería fácil contraer cáncer alguna vez en mi vida.”
- Siento con mucha firmeza que eso NO sucederá
 - Siento con cierta firmeza que eso NO sucederá
 - Siento que es tan probable que contraiga cáncer como que no lo contraiga
 - Siento con cierta firmeza que eso SÍ sucederá
 - Siento con mucha firmeza que eso SÍ sucederá
14. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

Totally
de acuerdo
Algo de
acuerdo
Algo en
desacuerdo
Totalmente
en desacuerdo

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

- a. Parece que todo causa cáncer........
- b. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer........
- c. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir........
- d. En los adultos, el cáncer es más común que la enfermedad al corazón......
15. Que usted sepa, ¿quién tiene una probabilidad mayor de tener cáncer – una persona con una probabilidad de 1 en 1.000, o una persona con una probabilidad de 1 en 100?
- 1 en 1.000 es una probabilidad mayor de tener cáncer
- 1 en 100 es una probabilidad mayor de tener cáncer
16. ¿Ha tenido cáncer algún miembro de su familia?
- Sí
- No
- No sé
17. ¿Cuál de estos números representa el mayor riesgo de enfermarse?
- 1 in 100
- 1 in 1000
- 1 in 10
18. Cuando alguien le habla sobre la posibilidad de que algo pase, ¿prefiere que se lo digan usando palabras (“eso pasa muy rara vez”) o con números (“hay un 1% de posibilidad”)?
- 1 - Siempre prefiere palabras
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 –Siempre prefiere números
19. La gente puede hablar sobre la posibilidad de que algo pase usando ya sea palabras como “eso pasa muy rara vez” o números, como “hay un 5% de posibilidad”. Cuando alguien le habla sobre la

posibilidad de que algo pase, ¿prefiere que se lo digan usando palabras, o con números?

- Prefiere palabras
- Prefiere números
- No tiene preferencia

110. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha sentido ...
(escala de 5 puntos: desde muy ligeramente o nada hasta extremadamente)

- Todo el tiempo
- La mayor parte del tiempo
- Parte del tiempo
- Un poco del tiempo
- Nunca

- a.....
- b.....
- c.....
- d.....Esperanzado(a)?

111. ¿Qué probabilidad hay de que {un hombre/una mujer} de su edad desarrolle cáncer en su vida?

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

112. ¿Qué probabilidad tiene usted de que le dé diabetes en su vida?

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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

113. ¿Qué probabilidad tiene usted de enfermarse del corazón en su vida?

- Estoy enfermo(a) del corazón
- Muy probable
- Probable
- Ni probable ni poco probable
- Poco probable
- Muy poco probable

114. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?



- a. Cuando me siento amenazado(a) o ansioso(a), me encuentro pensando en mis cualidades.....
- b. Cuando me siento amenazado(a) o ansioso(a), me encuentro pensando en mis valores.....
- c. Cuando me siento amenazado(a) o ansioso(a), me encuentro pensando en mis cualidades y valores.....
- d. Casi nunca espero que las cosas salgan como yo quiero.....
- e. Siempre me siento optimista acerca de mi futuro
- f. Cuando pienso en el cáncer, pienso en la muerte.....

115. ¿Qué tan objetivas serían las siguientes fuentes para evaluar nuevas normas respecto a la frecuencia con que las mujeres debieran hacerse la prueba de Papanicolaou, o Pap (examen para detectar cáncer cervical)?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

- a.....Una organización profesional de obstetras/ginecólogos.....
- b.....Un grupo de expertos designados por el gobierno.....
- c.....Un miembro de su familia.....
- d.....Los medios de comunicación (periódicos, TV, radio).....
- e.....Su médico de atención primaria.....
- f.....Su obstetra/ginecólogo (médico para mujeres).....

116. ¿Cuánto confiaría usted en la evaluación que estas personas hicieran de nuevas normas respecto a la frecuencia con que las mujeres debieran hacerse la prueba de Papanicolaou, o Pap (examen para detectar cáncer cervical)?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

- a.....Una organización profesional de obstetras/ginecólogos.....
- b.....Un grupo de expertos de- signados por el gobierno.....
- c.....Un miembro de su familia.....
- d.....Los medios de comunica- ción (periódicos, TV, radio).....
- e.....Su médico de atención primaria.....
- f.....Su obstetra/ginecólogo (médico para mujeres).....

I17. ¿Cuán alta sería la calidad de las recomendaciones venidas de los siguientes individuos para evaluar nuevas normas respecto a la frecuencia con que las mujeres debieran hacerse la prueba de Papanicolaou, o Pap (examen para detectar cáncer cervical)?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

- a.....Una organización profesional de obstetras/ginecólogos.....
- b.....Un grupo de expertos de- signados por el gobierno.....
- c.....Un miembro de su familia.....
- d.....Los medios de comunica- ción (periódicos, TV, radio).....
- e.....Su médico de atención primaria.....
- f.....Su obstetra/ginecólogo (médico para mujeres).....

K: Buscar información sobre alimentos y productos médicos

- K1. Que usted sepa, ¿mantiene alguno de sus médicos u otros proveedores de cuidado de la salud su información médica en un sistema computarizado?
 - Sí
 - No
- K2. Por favor indique qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

Muy importante Algo importante Nada importante

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

K3. ¿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?

Tener seguridad de protección (incluyendo el uso de tecnología) tiene que ver con la seguridad de su historial clínico.

Mucha seguridad
 Algo de seguridad
 Ninguna seguridad

K4. ¿Qué seguridad siente de que usted tiene voz y voto en relación a quién puede recolectar, usar y compartir su información médica?

Tener voz y voto en quién puede recolectar, usar y compartir su información médica, tiene que ver con la privacidad de su historial clínico.

Mucha seguridad
 Algo de seguridad
 Ninguna seguridad

K5. ¿Alguna vez ha dejado de darle información a su proveedor de cuidado de la salud porque le preocupa la privacidad o seguridad de su historial clínico?

Sí
 No

K6. Si su información médica se envía por fax de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea?

Me preocupa mucho
 Me preocupa algo
 No me preocupa

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

K7. Si su información médica se envía electrónicamente de un proveedor de cuidado de la salud a otro, ¿cuánto le preocupa que una persona no autorizada la vea? (Electrónicamente significa de computadora a computadora en lugar de usar el teléfono, correo o una máquina de fax).

- Me preocupa mucho
- Me preocupa algo
- No me preocupa

L: Productos de tabaco

L1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA L5 en la próxima página**

L2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

L3. En cualquier momento durante el último año, ¿ha dejado de fumar durante un día o más porque estaba tratando de parar de fumar?

- Sí
- No

L4. ¿Está usted pensando seriamente en dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

- Sí
- No

L5. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con esta declaración: "El fumar es algo básico de una persona lo cual ella no puede cambiar mucho."

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

L6. En su opinión, ¿cree que algunos tipos de cigarrillos son menos dañinos para la salud de las personas que otros tipos?

- Sí
- No
- No sé

L7. En su opinión, ¿cree que algunos productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco de mascar, snus y snuff, son menos dañinos para la salud de una persona que los cigarrillos?

- Sí
- No
- No sé

L8. Comparado con personas que fuman todos los días, ¿cree que las personas que fuman sólo algunos días tienen menos o más riesgos de desarrollar problemas de salud durante su vida?

- Mucho menos riesgo
- Menos riesgo
- Casi el mismo riesgo
- Más riesgo
- Mucho más riesgo

L9. Ahora hay nuevos tipos 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 dañinos
- Menos dañinos
- Igual de dañinos
- Más dañinos
- Mucho más dañinos
- Nunca he oído hablar de cigarrillos electrónicos

L10. ¿Cree usted que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) regula productos de tabaco en los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No sé

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

L11. Más o menos, ¿hace cuánto tiempo dejó usted de fumar cigarrillos completamente?

- Hace menos de 1 mes
- De 3 a 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 año a menos de 5 años
- De 5 años a menos de 15 años
- Hacén 15 años

L12. La última vez que usted fumaba todos los días, ¿cuántos cigarrillos fumaba normalmente al día?

- 1-9
- 10-19
- 20-29
- 30-39
- 40+

L13. En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma usted ahora al día?

- 1-9
- 10-19
- 20-29
- 30-39
- 40+

L14. En promedio, cuando fumó en los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos cigarrillos fumó al día?

- 1-9
- 10-19
- 20-29
- 30-39
- 40+

L15. La hookah (o shisha) es una pipa de agua de gran tamaño. La gente se reúne en grupos a fumar tabaco en hookahs en cafés o bares. Comparado con fumar cigarrillos, ¿diría usted que el fumar tabaco en hookah es...

- Mucho menos dañino,
- Menos dañino,
- Igual de dañino,
- Más dañino,
- Mucho más dañino, o
- Nunca he oído hablar de la Hookah?

L16. ¿Cuánto cree usted que el dejar de fumar puede ayudar a hacer desaparecer los efectos dañinos del cigarrillo?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Mucho

L17. Además de dejar de fumar cigarrillos, ¿cuánto cree usted que cada una de las siguientes cosas le ayudaría a alguien que fuma actualmente a que le hiciera menos daño el cigarrillo?

Not at all: Nada en absoluto
 A little: Un poco
 Some: Algo
 A lot: Mucho

	<i>Not at all</i>	<i>A little</i>	<i>Some</i>	<i>A lot</i>
a. Hacer ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Comer frutas y verduras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No comer grasas saturadas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Comer granos enteros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sentirse culpable cuando no hace ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comer alimentos orgánicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Tomar vitaminas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hacerse el examen para detectar cáncer al pulmón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Usar humectante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Usar filtro solar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Dormir por lo menos 8 horas cada noche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Reducir el estrés.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X: La genómica y su historia familiar

L18. ¿Cuál de lo siguiente describe las reglas que tienen en su casa respecto a fumar dentro de la casa?

- No está permitido fumar en ninguna parte dentro de su casa
- Fumar está permitido en algunas partes o en algunos momentos
- Fumar está permitido en cualquier parte dentro de su casa
- No hay reglas acerca de fumar dentro de su casa

L19. ¿Cuál de lo siguiente describe las reglas que tienen en su casa respecto a fumar dentro de la casa?

- No se le permite fumar a nadie en ninguna parte DENTRO DE SU CASA
- Fumar está permitido en algunas partes o en algunos momentos DENTRO DE SU CASA
- Fumar está permitido en cualquier parte DENTRO DE SU CASA

L20. ¿En qué medida cree usted que la nicotina en los cigarrillos es la sustancia que causa la mayor parte del cáncer causado por fumar cigarrillos?

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

X1. 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 oído hablar o leído acerca de estas pruebas genéticas?

- Sí
- No <- **PASE A LA PREGUNTA X6 en la siguiente página**

X2. ¿En cuál de las siguiente fuentes oyó hablar o leyó algo sobre las pruebas genéticas?

Por favor marque todas las que corresponden

- Periódico
- Revista
- Radio
- Profesional de la salud
- Familiares
- Red social como Facebook
- Televisión
- Internet
- Otro
- Nunca he oído hablar de estas pruebas
- No sé

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

X3. ¿Cuál de los siguientes tipos de pruebas genéticas se ha hecho usted?

Por favor marque todas las que corresponden

- Prueba de paternidad: para determinar si un hombre es el padre de un niño
- Prueba de ascendencia: para determinar el origen étnico/geográfico de los antepasados de un individuo
- Análisis del ADN: para distinguir a dos individuos, o ver si es el mismo, usando pelo, sangre, u otro material biológico
- Prueba de Portador de Fibrosis Quística: para determinar si una persona está bajo riesgo de tener un hijo con fibrosis quística;
- Prueba BRCA 1/2: para determinar si una persona tiene una probabilidad superior al promedio de padecer cáncer del seno
- Prueba del síndrome de Lynch: para determinar si una persona tiene una probabilidad superior al promedio de padecer cáncer de colon
- Ninguna de las anteriores
- Otra-Especifique →

X4. ¿Se ha hecho alguna vez una prueba genética?

- Sí
- No
- No sé

X5. ¿Tiene usted algún pariente de primer grado (madre, padre, hermano, hermana, hijo) a quien le hayan diagnosticado cáncer en su vida?

- Sí, especifique parentesco: _____
- No

X6. Si usted se hizo una prueba genética, ¿a quién le comunicó los resultados?

Por favor marque todas las que corresponden

- Profesional de la salud
- Familiares
- Amigos
- Otro
- No se hizo este tipo de prueba
- No le comunicó los resultados a nadie

X7. En el año pasado, ¿ha oído hablar o leído sobre la importancia de saber la historia de salud de su familia para su propia salud?

- Sí
- No →VAYA A X9

X8. ¿En cuál de las siguiente fuentes oyó hablar o leyó sobre la importancia de saber la historia de salud de su familia?

Por favor marque todas las que corresponden

- Periódico
- Revista
- Radio
- Profesional de la salud
- Familiares
- Red social como Facebook
- Amigos
- Televisión
- Internet
- Otra
- No he oído hablar de la historia familiar
- No sé

X9. ¿Alguna vez ha recolectado activamente información de salud de sus familiares con el propósito de documentar la historia de salud de su familia?

- Sí
- No →PASE A LA PREGUNTA X11 en la siguiente página

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

X10. ¿Le ha dado usted a algún profesional de la salud la información sobre el historial de su familia que usted recolectó?

Por favor elija una

- Sí
- No
- No todavía, pero lo voy a hacer en el futuro
- No he recolectado el historial de mi familia

X11. ¿Cuánto cree usted que los comportamientos relacionados con la salud como seguir una dieta, hacer ejercicio y fumar determinan si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?

	Nada en absolut o	Un poc o	Alg o	Mucho
a.....Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Presión alta de la sangre /Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X12. ¿Cuánto cree usted que la genética, es decir, las características que pasan de una generación a la siguiente, determina si una persona desarrollará o no cada una de las siguientes condiciones?

	Nada en absolut o	Un poc o	Alg o	Mucho
a.....Diabetes/Alto contenido de azúcar en la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Presión alta de la sangre /Hipertensión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X13. Las personas toman decisiones sobre su salud cuando hacen una elección que tiene que ver con su salud, como qué medicamento tomar o si hacerse una operación. ¿Ha tomado usted una decisión sobre su salud en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No sé

X14. Recuerde la última vez que usted tomó una decisión sobre su salud. Ponga la puntuación de cuán acuerdo está con cada afirmación.

- 1- Muy de acuerdo,
- 2- Algo de acuerdo,
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo,
- 4- Algo en desacuerdo,
- 5- Muy en desacuerdo,
- 6- Esto no me corresponde a mí

- a. Yo sabía cuáles eran todas las alternativas de tratamiento a mi disposición
- b. Yo sabía qué beneficios tenía cada tratamiento
- c. Yo sabía qué riesgos y efectos secundarios tenía cada tratamiento
- d. Se me dio información adecuada acerca de lo que era importante para mi decisión
- e. Tenía información que tenía que ver conmigo, dadas mis características personales.
- f. Tenía información sobre resultados de salud que son importantes para mí

X15. En los últimos 12 meses, ¿le ha ayudado a alguna de las siguientes personas a tomar una decisión sobre salud?

[Response scale: 1-Sí, 2-No, 3-No sé]

- a. Esposo(a) o pareja

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

- b. Padre o Madre
- c. Hijo o hija (menor de 18 años)
- d. Hijo o hija (de 18 años o mayor)
- e. Otro miembro de la familia
- f. Amigo o compañero de trabajo
- g. Otro (option free text: especifique)

X16. Para cada una de las siguientes organizaciones, díganos si usted había oído hablar de ella antes de que nos contactáramos con usted para este estudio

[Response scale: 1-Sí, 2-No, 3-No sé]

- a. Los Institutos Nacionales de la Salud (NIH)
- b. Patient Centered Outcomes Research Institute (PCORI)
- c. Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica;(AHRQ por su sigla en inglés)
- d. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA por su sigla en inglés)
- e. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)

X17. Hay muchos tipos diferentes de estudios de investigación. ¿De cuáles de estos ha oído hablar usted? (Marque todos lo que correspondan.)

- g. Estudios de investigación en los cuales los pacientes prueban un nuevo tratamiento experimental
- h. Estudios de investigación que comparan dos o más tratamientos que ya se están usando en atención médica para ver cuál tratamiento da mejores resultados
- i. Estudios de investigación basados en información obtenida del historial médico de los pacientes
- j. Estudios de investigación en los cuales los pacientes le ayudan a los investigadores a elegir de qué se tratará el estudio
- k. Estudios de investigación en los cuales los pacientes le ayudan a los investigadores a decidir cómo hacerle preguntas a los pacientes sobre su salud

X18. Se necesitan más estudios de investigación sobre cuales son las mejores diagnosis y tratamientos para yo poder tomar mejores decisiones sobre mi salud.

Response options:

- 1- Muy de acuerdo,
- 2- Algo de acuerdo,
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo,
- 4- Algo en desacuerdo,
- 5- Muy en desacuerdo

X19. ¿Cuánta importancia tiene cada uno de lo siguiente para mejorar la toma de decisiones sobre salud?

Response scale:

- 1- Ninguna importancia,
- 2- Un poco de importancia,
- 3- Mediana importancia,
- 4- Mucha importancia]

- a. Estudios de investigación sobre las mejores opciones para diagnosis y tratamiento
- b. Coordinación entre diferentes proveedores de atención médica
- c. Más preparación para los proveedores de atención médica sobre las mejores opciones para diagnosis y tratamiento
- d. Más preparación para los proveedores de atención médica sobre cómo ayudar a los pacientes a tomar decisiones sobre salud
- e. Defensa del paciente para obtener mejor información de salud

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

- f. Mayor disponibilidad de lugares donde recibir atención médica en todas partes del país
- g. Cambios en las leyes de salud a nivel nacional

X20. Algunos pacientes trabajan con investigadores para planificar estudios de investigación.

¿Ha trabajado usted alguna vez con investigadores para planificar un estudio de una enfermedad que usted padece?

- Sí
- No
- No sé

X21. ¿Cree usted que estaría interesado alguna vez en trabajar con investigadores para planificar un estudio de una enfermedad que usted padece?

- Sí
- No
- No sé

X22. ¿Cuánto está usted de acuerdo con las siguientes afirmaciones?:

[Response options:

- 1- Muy de acuerdo,
- 2- Algo de acuerdo,
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo,
- 4- Algo en desacuerdo,
- 5- Muy en desacuerdo
- 6- No sé

- a. Incluir a pacientes en el equipo de investigación le daría más valor a la investigación médica.
- b. Incluir a pacientes en el equipo de investigación ayudaría a mejorar la atención médica.

X23. ¿Cuánto valor tienen los siguientes aspectos de la investigación para usted?

[Response options:

- 1- Mucho valor,
- 2- Mediano valor,
- 3- Un poco de valor,
- 4- Ningún valor]

- a. Da respuesta a preguntas que los pacientes creen que son importantes
- b. Da respuesta a preguntas que los médicos creen que son importantes
- c. Evalúa resultados que son importantes para los pacientes
- d. Le ayuda a los pacientes a tomar mejores decisiones sobre su salud.

O: Usted y su hogar

O1. ¿Qué edad tiene usted?

Años

O2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

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

O4. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido parte o todo su cuidado de la salud en 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
- Convive con su pareja
- Divorciado/a
- Viudo/a
- Separado/a

Soltero/a, nunca se ha casado

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, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- Algún tiempo en la universidad
- Graduado de la universidad
- Postgraduado

O7. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí → **VAYA A LA PREGUNTA O10 más abajo**
- No

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

Año

O9. Usted habla inglés...

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Nada

VAYA A LA PREGUNTA O5 más

O10. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a, o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

Escoja ~~o~~ **más.**

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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

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

Escoja una ~~o~~ o más.

- Blanca
- Negra o afro-americana
- India Americana o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra raza de las islas del Pacífico

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

Número de personas

O13. **Empezando con usted**, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años de edad o mayor que viva en este domicilio.

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

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

Número de niños menores de 18 años de edad

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

- Casa propia
- Arrienda
- Ocupa un lugar sin pagar arriendo

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

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

- Sí
- No

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

- Sí
- No

O18. Pensando en los miembros de su familia que viven en este hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, los ingresos totales antes de impuestos de todas las fuentes de ganancia en el último año?

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

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

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

- Sí
- No

O25. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.

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

O26. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Marque **En todo lo que le aplique**

- 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.)

Por favor indique a continuación cuánto cree usted que es lo que una persona hace, como lo que come, si hace ejercicio, o fuma, en comparación con los genes que hereda de sus padres, determina si una persona va a tener o no cada una de las siguientes enfermedades. Marque la casilla apropiada.

Ejemplo: En el ejemplo que sigue, el participante cree que lo que la persona hace, su comportamiento, determina más (pero no completamente) que su herencia genética si le va a dar diabetes y marcó la casilla apropiada. (Nota: Un valor de 3 indicaría que ambos, lo que la persona hace y la herencia genética, determinan igualmente si la persona va a tener la enfermedad).

Por favor indique a continuación si cree usted que es lo que una persona hace (como lo que come, si hace ejercicio, o fuma) o son los genes que hereda de sus padres, lo que determina si una persona va a tener o no cada una de las siguientes enfermedades. Marque la casilla apropiada.

Ejemplo: En el ejemplo que sigue, el participante cree que el comportamiento determina un poco más que la herencia genética si a la persona le da diabetes. (Nota: Un valor de 3 indicaría que ambos, lo que la persona hace y la herencia genética, determinan igualmente si la persona va a tener la enfermedad).

		Diabetes Tipo 2						
Enfermedad determinada principalmente por comportamiento		1	2	3	4	5	Enfermedad determinada principalmente por la herencia genética	
			X					

		Diabetes Tipo 2						
Enfermedad determinada principalmente por comportamiento		1	2	3	4	5	Enfermedad determinada principalmente por la herencia genética	

Hipertensión (Presión arterial alta)

ATTACHMENT A-2: HINTS 4 QUESTIONNAIRE CONTENT (CYCLE 3) – SPANISH

Enfermedad determinada
principalmente por
comportamiento

1	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

Enfermedad determinada
principalmente por
la herencia
genética

Obesidad

Enfermedad determinada
principalmente por
comportamiento

1	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

Enfermedad determinada
principalmente por
la herencia
genética

Enfermedad del corazón

Enfermedad determinada
principalmente por
comportamiento

1	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

Enfermedad determinada
principalmente por
la herencia
genética

Cáncer

Enfermedad determinada
principalmente por
comportamiento

1	2	2	2	2	2
---	---	---	---	---	---

Enfermedad determinada
principalmente por
la herencia
genética

Muchas gracias.

- ▶ Por favor envíenos este cuestionario de vuelta en el sobre, que viene con el correo prepago, dentro de 2 semanas.



Si ha perdido el sobre, puede enviar el cuestionario completado a:

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