

OMB# 0925-0538

Expiration Date: October 31, 2014

**en español**



**Encuesta Nacional  
de Tendencias  
Sobre Información  
de la Salud**



Institutos Nacionales de la Salud  
Departamento de Salud y Servicios  
Humanos de los Estados Unidos



COMENZAR  
AQUÍ:

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

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

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

3. **El adulto con la fecha de cumpleaños más próxima debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de personas de todas las edades.

4. Por favor escriba el primer nombre, apodo, o iniciales del adulto que va a cumplir años más próximamente en este hogar. Esta es la persona que debe completar el cuestionario.

**If you prefer to receive the survey in English, please call 1-888-521-YYYY**

---

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

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede hacer ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (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 (0925-0538). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

## A: Buscar información acerca de la salud

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

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA A6 en la próxima pagina**



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. 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

A4. ¿Ha buscado alguna vez información sobre el cáncer en algún lugar?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA A6 más abajo**

A5. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de cáncer, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a.....Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba	<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 del cáncer 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 cáncer del cada una de las siguientes fuentes?

Nada en absoluto    Un poco    Algo    Mucho

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.....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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.....Organizaciones y líderes religiosos	<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 LA PREGUNTA C1

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. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet para buscar información del cáncer para usted?

- Sí  
 No

B4. Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes:

Escoja  todas las que apliquen.

- Tableta computarizada como el iPad, Samsung Galaxy, Motorola Xoom, o Kindle Fire  
 Teléfono inteligente como el iPhone, Android, Blackberry, o teléfono Windows  
 Teléfono celular básico solamente  
 No tengo ninguno de los anteriores

B5. ¿Tiene usted en su tableta o teléfono inteligente una o más aplicaciones de software o “apps” que le ayuden a cuidar su salud?

- Sí
- No → **VAYA A LA B7 más abajo**
- No sé → **VAYA A LA B7 más abajo**

B6. ¿Le han ayudado las aplicaciones que usted tiene para cuidar su salud en su “smartphone” o tableta a hacer alguna de las cosas siguientes?

	<b>↓</b> Sí	<b>↓</b> No
a. Alcanzar una meta relacionada con la salud, como dejar de fumar, perder peso o aumentar su actividad física.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tomar una decisión acerca de cómo tratar una enfermedad o condición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hacerle preguntas nuevas a un médico o a buscar una segunda opinión de otro médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B7. Durante los últimos 12 meses ¿ha usado usted alguno de los siguientes para intercambiar información médica con un profesional de la salud?

Escoja  ~~Todas~~ las que apliquen.

- E-mail
- Mensaje de texto
- App en un teléfono inteligente o dispositivo móvil
- Videoconferencia ( por ejemplo Skype, Facetime, etc.)
- Medios sociales (por ejemplo Facebook, Google+, CaringBridge, etc.)
- Fax
- Nada



B8. ¿Cuánto interés tiene usted en intercambiar electrónicamente los siguientes tipos de información médica con un proveedor de servicios de salud?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Recordatorios de citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Consejos generales de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Recordatorios de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Resultados de Laboratorio/ Examen médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Información de diagnóstico (es decir, trastornos médicos o enfermedades)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Signos vitales (por ej. ritmo cardiaco, presión arterial, nivel de glucosa, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Conductas de su estilo de vida (por ej. actividad física, ingestión de alimentos, tendencias del sueño, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.....Síntomas (por ej. náuseas, dolor, mareos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.....Imágenes digitales o de video (por ej. fotos de lesiones de la piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C: El cuidado de su salud**

- C1. ¿Sin incluir siquiatras 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. ¿Tiene usted algún tipo de cobertura para el cuidado de la salud, incluyendo seguro de salud, planes pre-pagados como HMO, o planes del gobierno como Medicare?
- Sí  
 No
- C3. ¿Ha intentado usted obtener un seguro médico para usted bajo la nueva ley federal para el cuidado de la salud (por ejemplo, de healthcare.gov o de un sitio Web estatal) desde octubre del 2013?
- Sí  
 No  
 No lo sé
- 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 comunicación con todos los médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de salud que usted vio durante los últimos 12 meses...

¿Con qué frecuencia hicieron lo siguiente?

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

C7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sintió que pudo confiar en sus médicos, enfermeras, u otros profesionales del cuidado de la salud para cuidar de sus necesidades de atención 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 qué tan importantes son las siguientes afirmaciones para usted.

	<b>Muy importante</b>	<b>Algo importante</b>	<b>Nada importante</b>
a. Los médicos y otros proveedores de cuidado de la salud deberían de poder compartir su información médica entre ellos electrónicamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Usted debería poder obtener su propia información médica electrónicamente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

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

D4. ¿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

D5. ¿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

D6. 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

D7. 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

D8. ¿Le ha ofrecido alguna de las siguientes organizaciones un acceso por Internet a su información de salud personal mediante un sitio web o una aplicación (app) protegida?

	<b>Sí</b> ▼	<b>No</b> ▼
a.....Proveedor de servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Seguro de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D9. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso por Internet a su información de salud personal mediante un sitio web o una aplicación (app) protegida en los últimos 12 meses?

- Ninguna
- 1 a 2 veces
- 3 a 5 veces
- 6 a 9 veces
- 10 veces o más

D10. ¿Cuántas veces tuvo usted acceso por Internet a la información personal de salud de un miembro de su familia mediante el sitio web o aplicación (app) protegida en los últimos 12 meses?

- Ninguna
- 1 a 2 veces
- 3 a 5 veces
- 6 a 9 veces
- 10 veces o más

## E: Investigación médica

E1. ¿Alguna vez ha participado en un estudio de investigación médica donde recibió uno de dos tratamientos tal como medicamentos o procedimientos quirúrgicos?

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

E3. ¿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?

	<b>Nada en absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E4. ¿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?

	<b>Nada en absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Mucho</b>
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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E5. Aparte de participar como sujetos de estudios o trabajos de investigación, la gente se está involucrando cada vez más en estos estudios de otras maneras. Colaboran con investigadores médicos para ayudar a decidir qué investigación se hace y cómo se hace. Por ejemplo, pueden sugerir temas de estudio importantes o cómo informar los resultados al público. Esto a veces se llama “participación de los pacientes” en el estudio o investigación.

	<b>Sí</b> ▼	<b>No</b> ▼	<b>No estoy seguro/a</b> ▼
a. ¿Ha oído usted hablar alguna vez de la “participación de los pacientes” en la investigación médica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha participado usted alguna vez en un estudio o investigación médica de esta manera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Estaría interesado alguna vez en participar en la investigación de esta manera?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F: Su salud en general

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

- Excelente,
- Muy buena,
- Buena,
- Aceptable, o
- 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. ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha dicho que tenía alguna de las siguientes condiciones médicas?

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

F4. ¿Cuál es su estatura sin zapatos?

<input type="text"/>	Pies	y	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pulgadas
----------------------	------	---	----------------------	----------------------	----------

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

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



F6. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha visto afectado por cualquiera de los siguientes problemas?

	<b>Casi a diario</b>	<b>La mayoría de los días</b>	<b>Varios días</b>	<b>Ningún día</b>
a. Poco interés o placer por hacer cosas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se ha sentido nervioso, ansioso o en ascuas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. No ha sido capaz de controlar o parar la preocupación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7. ¿Hay alguna persona con quien pueda contar para darle apoyo emocional cuando lo necesite - como para hablar sobre problemas o para ayudarle a tomar decisiones difíciles?

- Sí
- No

F8. ¿Tiene amigos o parientes con quienes pueda hablar sobre su salud?

- Sí
- No

F9. Si necesita ayuda con las tareas diarias, ¿hay alguien que pueda ayudarle?

- Sí
- No

## G: Salud y nutrición

G1. Si dispone 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

G2. ¿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 to 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

G3. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

- AUMENTAR la cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma,
- MANTENER la misma cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma, o
- Realmente no ha prestado atención a la cantidad de frutas o jugo de fruta 100% puro que come o toma cada día?

G4. ¿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

G5. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

- AUMENTAR la cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma,
- MANTENER la misma cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma, o
- Realmente no ha prestado atención a la cantidad de verduras o jugo de verduras 100% puro que come o toma cada día?

G6. ¿En algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

- REDUCIR la cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana,
- MANTENER la misma cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana, o
- Realmente no ha prestado atención a la cantidad de soda o refrescos regulares que toma normalmente por semana?

G7. En algún momento durante el último año, ¿ha tratado intencionalmente de ...

- Perder peso,
- Mantener su peso,
- Ganar peso, o
- Realmente no ha prestado atención a su peso?

G8. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con esta declaración: “El peso corporal es algo básico que uno mismo no puede cambiar mucho”?

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

## 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 más abajo**
- 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 algún momento durante el último año ha tratado intencionalmente de...

- AUMENTAR la cantidad de ejercicio que hace en una semana típica,
- MANTENER la misma cantidad de ejercicio que hace en una semana típica, o
- Realmente no ha prestado mucha atención a la cantidad de ejercicio que hace?

H4. La gente comienza a hacer o continúa haciendo ejercicio regularmente por muchas razones. ¿Cuánto refleja cada uno de los siguientes enunciados la razón por la cual usted comenzaría o continuaría haciendo ejercicio regularmente?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Sentir presión de los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentir 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 el hacer ejercicio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H5. 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

H6. ¿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

H7. Si se encuentra afuera por más de una hora en un día cálido y soleado, ¿con qué frecuencia usa protector solar?

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

## J: Productos de tabaco

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

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA J5 más abajo**

J2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días  
 Algunos días  
 Nunca

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

- Sí  
 No

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

- Sí  
 No

J5. ¿Ha oído hablar de alguna prueba para detectar cáncer al pulmón antes de que los problemas ocasionados por el cáncer se empiecen a notar?

- Sí  
 No

J6. En cualquier momento durante el último año, ¿ha hablado con un médico u otro profesional de la salud acerca de hacerse una prueba para ver si tiene cáncer de pulmón?

- Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

J7. ¿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

J8. En su opinión, ¿piensa usted que algunos productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco de mascar, snus y snuff, son menos dañinos para la salud de una persona que los cigarrillos?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

J9. 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
- Igual de perjudiciales
- Más perjudiciales
- Mucho más perjudiciales
- Nunca he oído hablar de cigarrillos electrónicos

J10. Una pipa hookah (o shisha) es una pipa grande de agua. La gente fuma tabaco con cachimbas en grupos en los cafés o bares. En comparación con los cigarrillos, ¿diría usted que el consumo de tabaco con una pipa de agua es...

- Mucho menos perjudicial
- Menos perjudicial
- Igual de dañino
- Más dañino
- Mucho más dañino
- Nunca he oído hablar de la cachimba (Hookah)

J11. ¿Qué tanto cree usted que el dejar de fumar cigarrillos ayudará a reducir los efectos perjudiciales del fumar?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

J12. ¿Cuánto cree usted que cada una de los siguientes puede ayudar a un fumador actual a reducir los efectos nocivos del tabaco, si la persona sigue fumando?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. 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. Tomar vitaminas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Dormir al menos 8 horas cada noche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K1. ¿Es usted de sexo masculino o femenino?

Masculino → **VAYA A LA PREGUNTA L1 en la próxima página**

Femenino



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

Sí

No

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

Hace un año o menos

Más de 1 año hasta 2 años

Más de 2 hasta 3 años

Más de 3 hasta 5 años

Más de 5 años

Nunca me han hecho una prueba de Papanicolaou

K4. 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

K5. ¿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: Screening for Cancer

L1. ¿Ha oído hablar alguna vez del VPH? Las iniciales VPH significan Virus del Papiloma Humano. Esto no es SIDA, HSV, o herpes.

- Sí  
 No → VAYA A LA PREGUNTA L5 más abajo

L2. ¿Cree usted que el VPH puede causar...

	Sí	No
a.....cáncer cervical?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....cáncer del pene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....cáncer anal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....cáncer oral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L3. ¿Cree usted que el VPH es una enfermedad que se transmite por contacto sexual?

- Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

L4. ¿Cree usted que el VPH necesita tratamiento médico o que normalmente desaparece por sí solo sin ningún tratamiento?

- Requiere tratamiento médico  
 Normalmente desaparece por sí solo

L5. Existe una vacuna para prevenir la infección VPH (HPV, en inglés) que se llama inyección VPH (HPV, en inglés), vacuna contra el cáncer cervical, GARDASIL® o Cervarix®.

Antes de hoy, ¿había oído hablar alguna vez de la vacuna contra el cáncer cervical o inyección VPH?

- Sí  
 No

L6. En su opinión, ¿qué tan exitosa es la vacuna VPH (virus del papiloma humano o HPV por sus siglas en inglés) para prevenir el cáncer cervical?

- Nada exitosa  
 Un poco exitosa  
 Exitosa  
 Muy exitosa  
 No lo sé

L7. Incluyéndose a usted mismo/a, ¿hay alguien en su familia inmediata entre las edades de 9 y 27 años de edad?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA L10 más abajo**

L8. En los últimos 12 meses, ¿ha hablado con usted o con un miembro de su familia inmediata un médico o un profesional de la salud acerca de la inyección o vacuna contra el VPH?

- Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

L9. En los últimos 12 meses, ¿le ha recomendado un médico o un profesional de la salud a usted o a un miembro de su familia inmediata que se ponga una inyección o vacuna contra el VPH?

- Sí  
 No  
 No estoy seguro/a

L10. ¿Ha conversado alguna vez con usted un médico sobre los pros y contras de los distintos exámenes para detectar el cáncer colorrectal, tales como la colonoscopia, la sigmoidoscopia, o las pruebas de heces?

- Sí  
 No  
 Nunca he hablado con un médico sobre estas pruebas.

**Hombres: continúe a la pregunta L11**

**Mujeres: VAYA A LA PREGUNTA L13**

L11. 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

L12. ¿Alguna vez un médico ha hablado con usted acerca de si debería o no hacerse la prueba APE (PSA en inglés)? [Has a doctor ever discussed with you whether or not you should have the PSA test?]

- Sí
- No

L13. Indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación: "Si las opiniones de los expertos estuvieran en conflicto acerca de un examen o tratamiento médico, yo todavía estaría dispuesto a probarlo."

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

L14. Hasta donde usted sepa, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son ciertas o falsas acerca de las pruebas médicas o exámenes que detectan señales tempranas de cáncer?

	Cierto ▼	Falso ▼	No sé ▼
a. Estas pruebas definitivamente pueden indicar si una persona tiene cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cuando una prueba detecta algo anormal, se necesitan más pruebas para saber si es cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cuando una prueba detecta algo anormal, es muy probable que sea cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los daños de estas pruebas y exámenes a veces sobrepasan los beneficios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## M: Su historial de cáncer

M1. ¿Le han diagnosticado un cáncer alguna vez?

- Sí  
 No → VAYA A LA PREGUNTA M13

M2. ¿Qué tipo de cáncer tuvo usted?

Marque  en todo lo que le aplique.

- 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 del vejiga
- Cáncer del hígado
- Cáncer del pulmón
- Cáncer endometrial (cáncer del útero)
- Cáncer oral
- Cáncer ovárico
- Cáncer pancreático
- Cáncer rectal
- Cáncer renal (riñón)
- Leucemia (cáncer de la sangre)
- Linfoma de Hodgkin
- Linfoma no de Hodgkin
- Melanoma
- Otro-Especifique →

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

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

M4. Alguna vez recibió algún tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA M8 más abajo**

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

	<b>Sí</b> ▼	<b>No</b> ▼
a. Quimioterapia (intravenosa o pastillas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Radiación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Cirugía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Otro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Todavía está recibiendo tratamiento → **VAYA A LA PREGUNTA M10 en la próxima página**
- Hace menos de 1 año
- Hace 1 año o más pero menos de 5 años
- Hace 5 años o más pero menos de 10 años
- 10 años o más

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

- Sí
- No

M8. ¿Alguna vez le han negado cobertura de seguro de salud a causa de su cáncer?

- Sí
- No

M9. Recordando desde la primera vez que le diagnosticaron el cáncer, ¿cuánto han dañado el cáncer y su tratamiento su situación financiera?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

M10. Los ensayos clínicos son estudios de investigación realizados con personas. Están diseñados 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 → **VAYA A LA PREGUNTA M13 en la próxima página**
- No lo sé
- No estoy seguro/a

M11. ¿Ha discutido su médico u otro miembro de su equipo médico ensayos clínicos como opción de tratamiento para su cáncer?

- Sí
- No

M12. Desde el momento en que le diagnosticaron un cáncer por primera vez, ¿le ha hablado un médico u otro proveedor de servicios de salud sobre el impacto del cáncer o su tratamiento en su capacidad para trabajar?

- Lo hablaron conmigo en detalle
- Lo hablaron conmigo brevemente
- No hablaron de eso en absoluto
- No me acuerdo
- No he trabajado por dinero en ningún empleo o negocio desde que me diagnosticaron el cáncer

M13. Suponga que usted ha sido diagnosticado con un cáncer que tiene una probabilidad moderada de supervivencia y varias opciones de tratamiento. ¿Qué participación preferiría usted tener en la decisión sobre el tratamiento que usted recibiría para el cáncer?


Escoja  sólo una de las siguientes opciones.

- Prefiero tomar la decisión con poca o ninguna participación de mi médico.
- Prefiero tomar la decisión después de considerar seriamente la opinión de mi médico.
- Prefiero que mi médico y yo juntos compartamos la responsabilidad de la decisión.
- Prefiero que mi médico tome la decisión después de considerar seriamente mi opinión.
- Prefiero dejar todas las decisiones sobre mi tratamiento a mi médico.

M14. Suponga que usted ha sido diagnosticado con un cáncer que tiene una probabilidad baja de supervivencia y las opciones de tratamiento son limitadas, ¿Qué participación preferiría usted tener en la decisión sobre el tratamiento que usted recibiría para el cáncer?

Escoja  sólo una de las siguientes opciones.

- Prefiero tomar la decisión con poca o ninguna participación de mi médico.
- Prefiero tomar la decisión después de considerar seriamente la opinión de mi médico.
- Prefiero que mi médico y yo juntos compartamos la responsabilidad de la decisión.
- Prefiero que mi médico tome la decisión después de considerar seriamente mi opinión.
- Prefiero dejar todas las decisiones sobre mi tratamiento a mi médico.

 Si le han diagnosticado un cáncer alguna vez en su vida, por favor VAYA A LA PREGUNTA N4 en la próxima página

## N: Creencias respecto al cáncer

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

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

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

N2. ¿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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. En los adultos, el cáncer es más común que las enfermedades del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N3. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está con la frase?: “Yo prefiero no saber mi probabilidad de contraer cáncer.”

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

N4. ¿Cuánto le preocupa que usted vaya a desarrollar cáncer?

- Nada
- Un poco
- Algo
- Moderadamente
- Mucho

N5. ¿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 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

VAYA A LA PREGUNTA  
O5 más abajo

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, 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. ¿Cuán bien habla usted inglés?

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

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

Escoja  Una o más.

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

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

Escoja  Una o más.

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

O12. 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 esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
USTED MISMO/A	<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 de edad 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. ¿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
----------------------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	-------

O20. ¿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.)

---

## ¡Gracias!

- ▶ Por favor devuelva este cuestionario dentro del sobre con la estampilla pagada en un plazo de 2 semanas.
- ▶ Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

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