

Select a language to take your survey in:

Seleccione un idioma para hacer la encuesta en:

%LANGUAGES%

Formulario Aprobado: OMB No. 0910-xxxx

Fecha de Expiración: xx/xx/201x

Declaración de Carga divulgación pública

La carga pública para esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscando fuentes de datos existentes, recopilando y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede realizar o patrocinar, y una persona no está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control OMB válido. Los comentarios sobre el estimado de tiempo o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir esta carga, a:

FDA PRA Staff
Oficina de Operaciones
Food and Drug Administration
Three White Flint North, 10A63
11601 Landsdown Street
North Bethesda, MD 20852
PRAStaff@fda.hhs.gov

Su información va ser mantenida segura en la medida permitida por la ley. EUREKAFACTS, LLC asegura la privacidad de su información a raíz de su política de privacidad.

(End of Page 1)

T2.

¿Cuán seguido prepara usted cenas en casa, para usted o para otras personas?

- Siempre o casi siempre
- Solo de vez en cuando
- Nunca
- No se/sin opinión

(End of Page 2)

T3. En los últimos 30 días, ¿con cuánta frecuencia comió usted fuera de casa o trajo comida lista para comer a casa de alguno de los siguientes lugares?

	10 o más veces en los últimos 30 días	5-9 veces	1-4 veces	Nunca	No se/sin opinión
Casa de familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurantes de comida rápida como McDonald's, Taco Bell, KFC, El Pollo Loco, Chipotle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurantes tradicionales como Applebee's, Chili's, Red Lobster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restaurantes con bufet, como Cici, Golden Corral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiendas o supermercados donde se puede comprar alimentos calientes o fríos listos para comer (como Kroger, Safeway, Publix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una cafetería en la escuela o el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Máquinas vendedoras automáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendedores en la calle como camiones, carritos o carretillas de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (por ejemplo, tiendas de barrio como ser 7-Eleven, estaciones de combustible y panaderías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 3)

T5. En los últimos 30 días, ¿**comió** usted alguno de los siguientes platos o alimentos, preparados por un restaurante o por otra persona? Por favor seleccionar una respuesta para cada alimento.

	Sí	N o	Nunca consumo este alimento/No conozco este alimento	No se/sin opinion
Salsa mexicana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frijoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguacate/Palta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tortillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensalada de vegetales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con pollo (por ejemplo, arroz con pollo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con carne molida (por ejemplo, tacos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con carne de res y otras carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con pescado o mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 4)

A5. Durante los últimos 12 meses, ¿ha consumido usted alguno de estos alimentos crudos o sin cocinar? Por favor seleccione una respuesta para cada alimento.

	Sí	No	No se/sin opinion
pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
carne de res	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brotos de alfalfa, de soya u otro brote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mariscos, como almejas, ostras, camarón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pescado como ceviche o sushi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vegetales como en una ensalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 5)

D9. En los últimos 6 meses, ¿con cuánta frecuencia **comió usted** hamburguesas?

4 o más veces al mes (una vez a la semana o más)

2-3 veces al mes

Una vez o menos al mes

Yo no como hamburguesas nunca

No se/sin opinión

(End of Page 6)

This Page is Conditionally Shown if: (D9 < Yo no como hamburguesas nunca AND D9 ≥ 4 o más veces al mes (una vez a la semana o más))
D9a.

¿Cómo prefiere sus hamburguesas cocidas?

- POCO COCIDAS
- TÉRMINO MEDIO
- TRES CUARTOS
- BIEN COCIDAS
- No se/sin opinion

(End of Page 7)

This Page is Conditionally Shown if: (D9 < Yo no como hamburguesas nunca AND D9 ≥ 4 o más veces al mes (una vez a la semana o más))

D9c. En los últimos 6 meses, ¿con cuánta frecuencia **preparó** usted hamburguesas en casa para usted o para otros?

- 4 o más veces al mes (una vez a la semana o más)
- 2-3 veces al mes
- Una vez o menos al mes
- Yo nunca preparo hamburguesas en casa para mí o para otros
- No se/sin opinión

(End of Page 8)

This Page is Conditionally Shown if: (D9c < Yo nunca preparo hamburguesas en casa para mí o para otros AND D9 < Yo no como hamburguesas nunca)

D9d. ¿Cómo sabe usted si una hamburguesa está cocida? Por favor seleccione todas las respuestas que apliquen

- El color de la hamburguesa
- El color del jugo
- Cuan firme o suave se siente la hamburguesa
- La textura de la hamburguesa
- La temperatura de la hamburguesa
- El tiempo que tomó cocinar la hamburguesa
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 9)

A5a. En los últimos 12 meses, ¿consumió usted queso fresco, queso blanco u otro queso blando?

Sí

No

No se/sin opinión

(End of Page 10)

This Page is Conditionally Shown if: (A5a = Sí)

A5y. ¿Dónde consiguió usted el queso blando? Por favor seleccione usted todas las respuestas que apliquen.

- [Tiendas que SÓLO venden alimentos latinos o hispanos](#)
- [Tiendas que venden alimentos latinos, hispanos y otro tipo de alimentos](#)
- [Restaurantes](#)
- [Mercados campesinos](#)
- [Lo hice yo, mis amigos o mi familia](#)
- Fue comprado en el exterior y/o un regalo de mis amigos o familia
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 11)

A5b. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido usted leche no procesada o sin pasteurizar?

Sí

No

No sé lo que es la leche sin pasteurizar o no procesada

No se/sin opinion

(End of Page 12)

This Page is Conditionally Shown if: (A5b = Sí)

A5z. ¿Dónde consiguió usted la leche no procesada o sin pasteurizar? Escoja todas las respuestas que apliquen.

- Tiendas que SÓLO venden-alimentos latinos o hispanos
- Tiendas que venden alimentos latinos, hispanos y otro tipo de alimentos
- Restaurantes
- Mercados campesinos
- La hice yo, mis amigos o mi familia
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinión

(End of Page 13)

This Page is Conditionally Shown if: (T2 = Siempre o casi siempre OR T2 = Solo de vez en cuando)

T5a. En los últimos 30 días, ¿**preparó o cocinó** usted alguno de los siguientes alimentos en casa para usted y/o para otras personas? Por favor seleccione una respuesta para cada alimento.

	Sí	N o	No conozco este alimento	No se/sin opinion
Salsa mexicana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frijoles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aguacate/Palta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tortillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensalada de vegetales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con pollo (por ejemplo, arroz con pollo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con carne molida (por ejemplo, tacos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con carne de res y otras carnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos con pescado o mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 14)

This Page is Conditionally Shown if: (T2 = Siempre o casi siempre OR T2 = Solo de vez en cuando)

D4. Antes de empezar a preparar la comida, ¿con qué frecuencia se lava usted las manos con jabón?

- Siempre
- La mayor parte del tiempo
- Algunas veces, o
- Raras veces
- No se/sin opinion

(End of Page 15)

D6. En los últimos 30 días, ¿preparó usted cenas en casa que incluyen alguno de los siguientes alimentos? Por favor escoja una respuesta para cada alimento.

	Sí	No	No se/sin opinión
Carne o pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pescado crudo o mariscos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huevos crudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 16)

This Page is Conditionally Shown if: (D6 (A) [Huevos crudos] = Sí)

D11a. Después de abrir huevos crudos o sin cocinar, ¿se lava usted las manos antes de hacer otra cosa?

- Sí
- No
- No se/sin opinion

(End of Page 17)

This Page is Conditionally Shown if: (D6 (A) [Carne o pollo] = Sí)

D11b. Después de manejar carne o pollo crudos, ¿se lava usted las manos antes de hacer otra cosa?

- Sí
- No
- No se/sin opinion

(End of Page 18)

This Page is Conditionally Shown if: (D6 (A) [Carne o pollo] = Sí)

D11c. Si usted necesita cortar carne cruda (o pollo crudo) y otros alimentos (ya sean cocidos o crudos) para el mismo plato, corta usted todos estos alimentos

- en la misma superficie o tabla para cortar
- en una superficie o tabla para cortar diferente
- Otras (Especifique) _____
- No corto carne cruda (o pollo crudo) con otros alimentos (ya sean crudos o cocidos) para el mismo plato
- No se/sin opinión

(End of Page 19)

This Page is Conditionally Shown if: (D11c = en la misma superficie o tabla para cortar)
D11ca. Después de utilizar una superficie o tabla para cortar carne o pollo crudos, ¿qué
hace usted?

- utilizo la misma tabla para cortar o superficie tal y como está para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- enjuago o limpio la tabla para cortar o superficie antes de utilizarla para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- lavo la tabla para cortar o superficie con jabón antes de utilizarla para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- lavo la tabla para cortar o superficie con cloro o desinfectante antes de utilizarla para
cortar otros alimentos para el mismo plato
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 20)

This Page is Conditionally Shown if: (D6 (A) [Carne o pollo] = Sí)

D11b. ¿Lava usted la carne cruda o el pollo crudo antes de cocinarlos?

- Sí
- No
- No se/sin opinión

(End of Page 21)

This Page is Conditionally Shown if: (D6 (A) [Pescado crudo o mariscos] = Sí)

D11d. Si usted necesita cortar pescado crudo (o mariscos crudos) y otros alimentos (ya sean crudos o cocidos) para el mismo plato, corta usted todos los alimentos

- en la misma superficie o tabla para cortar
- en una superficie o tabla para cortar diferente
- Otras (Especifique) _____
- No corto pescado crudo (o mariscos crudos) con otros alimentos (ya sean crudos o cocidos) para el mismo plato
- No se/sin opinion

(End of Page 22)

This Page is Conditionally Shown if: (D11d = en la misma superficie o tabla para cortar)
D11e. Después de utilizar una superficie o tabla para cortar carne o pollo crudos, ¿qué
hace usted después?

- utilizo la misma tabla para cortar o superficie tal y como está para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- enjuago o limpio la tabla para cortar o superficie antes de utilizarla para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- lavo la tabla para cortar o superficie con jabón antes de utilizarla para cortar otros
alimentos para el mismo plato
- lavo la tabla para cortar o superficie con cloro o desinfectante antes de utilizarla para
cortar otros alimentos para el mismo plato
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 23)

This Page is Conditionally Shown if: (T2 = Siempre o casi siempre OR T2 = Solo de vez en cuando)

E1. Si usted cocina una olla grande de sopa, guiso u otro plato con carne o pollo y quiere guardarlo para el día siguiente o para otro día, ¿pone usted esta comida en el refrigerador?

- Sí
- No
- No preparo estos alimentos
- No utilizo/no tengo refrigerador
- No se/sin opinion

(End of Page 24)

This Page is Conditionally Shown if: (E1 = Sí)

E1a. ¿Cuándo usted pone sopa, guiso, u otro plato con carne o pollo que usted quiera guardar para el día siguiente o para otro día?

- Inmediatamente después de cocinarlo
- Después de enfriarlo a temperatura ambiente
- Después de enfriarlo en agua fría
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinión

(End of Page 25)

This Page is Conditionally Shown if: (T2 = Siempre o casi siempre OR T2 = Solo de vez en cuando)

H0. En su hogar, ¿tiene usted un termómetro de comida que usted pueda utilizar al cocinar?

- Sí
- No
- No sé qué es un termómetro de comida
- No se/sin opinion

(End of Page 26)

This Page is Conditionally Shown if: (H0 = Sí)

H1. ¿Ha utilizado alguna vez un termómetro de comida al cocinar alguno de los siguientes alimentos?

	Sí	N o	No cocino esta comida	No se/sin opinión
Hamburguesas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carne asada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollo entero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piezas de pollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platos de huevo cocido al horno como natilla, pudin, quiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 27)

S0. En los últimos 30 días, ¿cuán seguido utilizó usted un microondas para preparar comida como pizzas congeladas, pasteles de carne y cenas congeladas?

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Menos de una vez al mes
- Yo no preparo estas comidas en el microondas
- No tengo ni uso un microondas
- No se/sin opinion

(End of Page 28)

P1. Si usted desea encontrar información sobre como manipular la comida de forma segura, los síntomas de la gente que ingiere alimentos contaminados, o retiro de alimentos del mercado, ¿dónde acudiría? Seleccione todas las que apliquen.

	Sí	No	No se/sin opinión
Publicaciones o sitios web del gobierno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV o radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet, como Facebook, Twitter, WebMD, blogs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódicos o revistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos u otros proveedores de cuidados para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 29)

This Page is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Sí] Count \geq 1)

P1A. ¿Prefiere usted que la información sobre la seguridad de los alimentos esté en

- Inglés
- Español
- No tengo preferencia
- No se/sin opinion

(End of Page 30)

This Page is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Sí] Count \geq 2)

Publicaciones o sitios web del gobierno is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Publicaciones o sitios web del gobierno] = Sí)

TV o radio is Conditionally Shown if: (P1 (A) [TV o radio] = Sí)

Internet como Facebook, Twitter, WebMD, blogs is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Internet, como Facebook, Twitter, WebMD, blogs] = Sí)

Periódicos o revistas is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Periódicos o revistas] = Sí)

Amigos y familiares is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Amigos y familiares] = Sí)

Médicos u otros proveedores de cuidados para la salud is Conditionally Shown if: (P1 (A) [Médicos u otros proveedores de cuidados para la salud] = Sí)

P2. ¿En cuál de las siguientes fuentes de información usted confía **más** al momento de buscar información sobre como manipular la comida de forma segura, los síntomas de la gente que ingiere alimentos contaminados, o retiro de alimentos del mercado? Por favor seleccione solo una respuesta.

- Publicaciones o sitios web del gobierno
- TV o radio
- Internet como Facebook, Twitter, WebMD, blogs
- Periódicos o revistas
- Amigos y familiares
- Médicos u otros proveedores de cuidados para la salud

(End of Page 31)

P3. En general, ¿qué tan fácil o difícil es encontrar información sobre la seguridad de los alimentos?

- Muy fácil
- Algo fácil
- Algo difícil
- Muy difícil
- No se/sin opinion

(End of Page 32)

This Page is Conditionally Shown if: (P3 = Algo difícil OR P3 = Muy difícil)

P4. ¿Cuál de las siguientes dificultades tiene usted? Por favor escoger todas las que apliquen

Dificultad con el idioma, como muy poca información que este en español o la información es muy técnica para entender

No estoy seguro de por dónde comenzar

Uno tarda mucho buscando la información

Todas las anteriores

Otras (Especifique) _____

No se/sin opinión

(End of Page 33)

F10A. Si ocurrieran las siguientes cosas, ¿cuál es la probabilidad de que usted se enfermara? Por favor seleccione una respuesta para cada una.

	1 - Nada probable	2	3	4	5 - Muy probable	No sé/sin opinión
Si se le olvida lavarse las manos antes de empezar a cocinar	<input type="checkbox"/>					
Si las verduras que usted piensa comer crudas tocan carne o pollo crudo	<input type="checkbox"/>					
Si usted come carne o pollo que no estén bien cocidos	<input type="checkbox"/>					

(End of Page 34)

M1. ¿Buscaría usted ayuda médica de un doctor, otro profesional de la salud, o un hospital si sintiera cualquiera de los siguientes síntomas? Por favor escoja una respuesta para cada uno.

	Sí	N	No se/sin o opinion
Vómito que dura más de 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea (quizás acuosa o con sangre) que dura más de 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en las heces que dura más de 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre que dura más de 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga que dura más de 1 día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calambres en el estómago que duran más de un día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(End of Page 35)

N3. Durante el último mes ¿se ha enfermado usted o alguien en su casa de cualquier tipo de enfermedad que usted piense que pueda haber sido causada por comer alimentos que contenían gérmenes o que estaban contaminados con gérmenes?

- Sí
- No
- No se/sin opinion

(End of Page 36)

This Page is Conditionally Shown if: (N3 = No OR N3 = No se/sin opinion)

N4. Y durante el año pasado ¿se ha enfermado usted o alguien en su casa de cualquier tipo de enfermedad que usted piense que pueda haber sido causada por comer alimentos que contenían gérmenes o que estaban contaminados con gérmenes?

- Sí
- No
- No se/sin opinión

(End of Page 37)

This Page is Conditionally Shown if: (N3 = Sí OR N4 = Sí)

N8. La última vez en que usted o alguien en su casa se enfermó por comer alimentos que contenían gérmenes o que estaban contaminados con gérmenes, ¿se le informó de la enfermedad a alguna de las personas en la siguiente lista?

- Un médico
- Un hospital o una sala de emergencias
- Un departamento de salud local como uno del estado, del condado, de la ciudad, o otro
- La Administración de Alimentos y Drogas del Gobierno Federal (FDA, por sus siglas en inglés)
- Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)
- Un centro público o privado de control de envenenamientos
- La tienda donde compró la comida
- El fabricante de los alimentos
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 38)

A2. ¿Qué tan común piensa usted que es que la gente en los Estados Unidos se enferme de intoxicación alimentaria debido a la manera en la que se prepara la comida en casa?

- muy común
- algo común
- no muy común
- No se/sin opinion

(End of Page 39)

A3. ¿Qué tan común piensa usted que es que la gente en los Estados Unidos se enferme de intoxicación alimentaria por comer en un restaurante, comparado con la manera en la que se prepara la comida en casa?

- más común que enfermarse de la comida preparada en casa,
- menos común que enfermarse de la comida preparada en casa
- más o menos igual que enfermarse de la comida preparada en casa
- No se/sin opinión

(End of Page 40)

A4. ¿Piensa usted que la contaminación de los alimentos por microorganismos, como los gérmenes, es?

- Un serio problema de seguridad en los alimentos?
- Más o menos un serio problema de seguridad en los alimentos?
- No es un problema serio de seguridad en los alimentos
- No se/sin opinion

(End of Page 41)

A4x. A veces las personas se enferman porque los alimentos que consumen están contaminados por gérmenes. ¿Las acciones de quien cree usted que serían más efectivas para reducir el riesgo de que las personas se enfermen al comer estos alimentos?

- El consumidor
- El gobierno
- Los lugares o personas que venden alimentos
- Las empresas o personas que preparan la comida
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 42)

B3. ¿Ha oído usted alguna vez que los residuos de los pesticidas en la comida pueden enfermar a la gente?

- Sí
- No
- Yo no sé lo que son los residuos de los pesticidas
- No se/sin opinion

(End of Page 43)

This Page is Conditionally Shown if: (B3 = Sí)

B4. ¿Qué tan serio problema piensa usted que son los residuos de los pesticidas en la seguridad de los alimentos?

- 1 - No es en nada un problema serio
- 2
- 3
- 4
- 5 - Es un problema muy serio
- No se/sin opinión

(End of Page 44)

B5. ¿Ha oído usted que los residuos de antibióticos en los alimentos pueden enfermar a la gente?

- Sí
- No
- No sé lo que son los residuos de antibióticos
- No se/sin opinion

(End of Page 45)

This Page is Conditionally Shown if: (B5 = Sí)

B6. ¿Qué tan serio problema piensa usted que son residuos de antibióticos en la seguridad de los alimentos?

- 1 - No es en nada un problema serio
- 2
- 3
- 4
- 5 - Es un problema muy serio
- No se/sin opinión

(End of Page 46)

K16. ¿Ha oído o leído usted que el mercurio es un problema en algunos peces?

Sí

No

No sé lo que es el mercurio

No se/sin opinion

(End of Page 47)

This Page is Conditionally Shown if: (K16 = Sí)

K18. ¿Ha oído usted de un grupo de personas en especial a las que se les recomienda no comer mucho pescado que pueda contener mercurio?

- Sí
- No
- No se/sin opinión

(End of Page 48)

This Page is Conditionally Shown if: (K18 = Sí)

K19. ¿A qué grupos de personas se le aconseja cuidarse de no comer mucho pescado que pueda contener mercurio? (Por favor marcar todas las que apliquen)

- Mujeres embarazadas o mujeres que planean embarazarse
- Madres lactantes
- Personas que tienen problemas del sistema inmunológico
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 49)

This Page is Conditionally Shown if: (RESPINFO (Survey Language) = "es-US")

C1. En general, ¿en qué idioma(s) puede usted leer y conversar?

- Sólo en español
- En español mejor que en inglés
- En ambos idiomas igualmente
- En inglés mejor que en español
- Sólo en inglés
- No se/sin opinión

C2. ¿Qué idioma(s) generalmente habla usted en casa?

- Sólo en español
- En español mejor que en inglés
- En ambos idiomas igualmente
- En inglés mejor que en español
- Sólo en inglés
- No se/sin opinion

C3. ¿En qué idioma(s) generalmente piensa usted?

- Sólo en español
- En español mejor que en inglés
- En ambos idiomas igualmente
- En inglés mejor que en español
- Sólo en inglés
- No se/sin opinion

C4. ¿En qué idioma(s) generalmente habla usted con sus amigos?

- Sólo en español
- En español más que en inglés
- En ambos idiomas igualmente
- En inglés más que en español
- Sólo en inglés
- No se/sin opinion

C6. ¿Cuál de los siguientes es el que mejor describe su herencia hispana o latina? Por favor seleccionar solo una respuesta.

- Dominicano o de origen dominicano
- Centroamericano o de origen centroamericano
- Cubano o de origen cubano
- Mexicano o de origen mexicano
- Puertorriqueño o de origen puertorriqueño
- Sudamericano o de origen sudamericano
- Tengo más de un solo origen
- Otras (Especifique) _____
- Prefiero no responder
- No se/sin opinion

(End of Page 50)

Y1. ¿Diría usted que su salud en general es? Por favor seleccionar solo una respuesta

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Más o menos
- Mala
- Prefiero no responder
- No se/sin opinion

Y2. ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que usted tiene alguno de estos problemas de salud? Marque todas las que apliquen.

- cáncer
- diabetes
- enfermedades del corazón
- hipertensión o presión arterial alta
- colesterol alto
- obesidad o sobrepeso
- osteoporosis o problema en los huesos
- derrame cerebral
- funciones inmunológicas
- Ninguna de estas
- Prefiero no responder
- No se/sin opinion

Y3. ¿Le preocupa a usted enfermarse de cualquiera de estas enfermedades?

- cáncer
- diabetes
- enfermedades del corazón
- hipertensión o presión arterial alta
- colesterol alto
- obesidad o sobrepeso
- osteoporosis o problema en los huesos
- derrame cerebral
- funciones inmunológicas
- Ninguna de estas
- Prefiero no responder
- No se/sin opinión

M1. ¿Tiene usted actualmente, o sospecha que es alérgico a algún alimento?

- Sí
- No
- No se/sin opinion

This Page is Conditionally Shown if: (M1 = Sí)

M4. ¿A qué alimentos o ingredientes es usted alérgico? Marque todas las respuestas que apliquen.

- Leche
- Huevos
- Pescado
- crustáceos como el camarón, cangrejo, langosta
- Frutos secos como nueces, almendras, nueces de pecan o nogales
- Maní
- Trigo
- Soya
- Otras (Especifique) _____
- No se/sin opinion

(End of Page 52)

Gracias. Estas son todas las preguntas que tenemos para ti hoy.