

# WPHSS – Spanish Screenshots

## Opening Screen

### Preventiva Encuesta de Servicios de Salud de la Mujer

OMB #0920-xxxx  
Exp. Date xx-xx-20xx

English

Gracias a su interés en la encuesta de Servicios Preventivos de Salud de la Mujer patrocinado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La información que proporcionan los esfuerzos futuros guía de ayuda de los CDC sobre cómo la salud pública puede ayudar a asegurar que las mujeres son capaces de recibir servicios adecuados de salud preventivas, como la detección de cáncer.

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede optar por no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Puede finalizar su participación en cualquier momento. Toda la información recopilada para este estudio se mantendrá confidencial.

Si usted es elegible para participar en el estudio, usted recibirá \$10 después de que finalice el reconocimiento de estudio.

Por favor, introduzca su número único de identificación personal (PIN) en el siguiente campo y haga clic en "Enviar Encuesta PIN" boton de abajo:




Se calcula que el tiempo necesario para completar esta recolección de información es en promedio 25 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes existentes de datos, juntar los datos necesarios, y completar y revisar la recolección de información. Ninguna organización puede conducir ni patrocinar, y ninguna persona tiene la obligación de responder a una recolección de información, a menos que tenga un número de control de OMB que esté vigente. Envíe comentarios con respecto al cálculo de tiempo o cualquier aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir el tiempo de obtención de información, a: CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (3020-154WP).



For Technical Assistance, please contact NORC at [\[project email\]](#).



## Screening Questions



**Primero, tenemos que confirmar si usted es elegible para el estudio. ¿Tiene usted seguro de salud ahora?**

Sí  
 No

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha recibido usted una prueba de Papanicolaou financiada con fondos públicos entre o recibido una prueba conjunta de Papanicolaou y de VPH financiada con fondos públicos entre ?

- Si
- No

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha recibido usted una mamografía financiada con fondos públicos entre ?

- Si
- No

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Es usted una ciudadana americana o tiene una tarjeta verde ("green card")?

- Si
- No

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Es usted residente de ?

- Sí
- No

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Tiene usted entre 30 y 62 años?

- Sí
- No

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¡Qué bueno! Parece que usted es elegible para la encuesta. Nos gustaría continuar ahora a menos que usted tenga alguna pregunta.**

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Desafortunadamente usted no es elegible para el estudio en este momento. Gracias por su tiempo e interés.

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

## Consent Script:



La Encuesta de Servicios Preventivos de Salud de la Mujer (WPHSS, por sus siglas en inglés), patrocinada por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), es un esfuerzo de recopilación de datos de tres años para examinar lo que facilita y previene recibir servicios clínicos preventivos entre las mujeres carentes de servicios médicos recién aseguradas. Gracias por aceptar compartir sus experiencias con nosotros.

Le pedimos que participe en este estudio porque el personal del programa la identificó como alguien que nos puede contar acerca de las pruebas de detección que recibió este año. También nos gustaría saber si ha habido algún lapso en la cobertura del su seguro de salud, problemas teniendo acceso a asistencia médica, y si usted está recibiendo cuidados de seguimiento. Sus respuestas son valiosas para nuestro proyecto. No hay respuestas correctas o ni incorrectas. El propósito de esta entrevista no es evaluarla a usted. Más bien, la intención es informarnos acerca de su experiencia con su nueva póliza de seguro de salud.

Completar la encuesta debería tomarle aproximadamente de 20 a 25 minutos. No hay ningún riesgo al participar en la encuesta.

La información que obtengamos a través de la encuesta nos ayudará a entender si las mujeres están recibiendo los servicios de prevención de cáncer que necesitan. Los resultados del estudio serán compartidos con el equipo del CDC.

Su participación es voluntaria. Puede optar por no responder cualquier pregunta o puede optar por no participar sin penalización. Usted puede optar por dejar la encuesta en cualquier momento y por cualquier razón.



Cuando se finalice el estudio, le enviaremos una tarjeta de regalo de \$10.

Si a usted le gustaría saber más información sobre este estudio, si le gustaría retirarse de este estudio, o si desearía saber más acerca de sus derechos como participante, puede comunicarse con el investigador principal.

He leído la información anterior. Doy mi consentimiento voluntariamente para participar en este estudio.

Yes

**If decline to participate:**



---

Those are all the questions I have for you, Thank you for your time. Have a nice day.

---

TERMINATE INTERVIEW

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

**If agree to participate in the survey, contact information:**



---

**Antes de empezar la encuesta, nos gustaría confirmar su información de contacto. Esto nos permitirá enviarle su incentivo al lugar correcto y contactarla para encuestas futuras.**

**Por favor registre la dirección actual de su casa.**

Dirección 1:

Dirección 2:

Ciudad:

Estado:

ZIP\_ADLTR  
Advance letter address - zip  
Zip code:



Por favor, introduzca el mejor número de teléfono donde pueda ser localizada.

Número de Teléfono (XXX-XXX-XXXX):

-  -

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Para ayudarnos en contactarle, por favor provea los nombres y los datos de contacto para 3 personas que probablemente sabrían como a contactarle a usted. Por favor no incluye a nadie que vive en su hogar. Empezaremos con la primera persona. Por favor apunte sus datos de contacto.

Primer Nombre:

Apellido:

Número de Teléfono (XXX-XXX-XXXX):

-  -

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

### Demographics:



	Mes:	Día:	Año:
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Es usted de origen hispano, latino, o español?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuál de los siguientes grupos considera usted que representa su raza?  
*Por favor marque todas las que apliquen.*

- Nativa de Alaska o Indio Americano
- Asiática
- Negra o Afro Americana
- Nativa de Hawái o Islas del Pacífico
- Blanca
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Cuál es el nivel más alto de estudios que usted ha completado?**

- Nunca asistí a la escuela o sólo asistí a kínder
- Grado 1 al 8 (Primaria)
- Grados 9 al 11 (Algo de la escuela secundaria)
- Grado 12 o GED (Graduado de la escuela secundaria)
- Universidad 1 a 3 años (Algo de universidad o escuela técnica)
- Universidad 4 años o más (Graduado de universidad)
- Postgrado (Maestría, Doctorado)
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Está usted actualmente...?**

*Si se aplica más de una categoría, por favor, seleccione la mejor opción.*

- Empleada asalariado
- Auto empleada
- Sin trabajo por 1 año o más
- Sin trabajo por menos de 1 año
- Ama de casa
- Estudiante
- Jubilada
- Incapacitada
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).





**¿Está usted...?**

- Casada
- Divorciada
- Viuda
- Separada
- Nunca se ha casado
- Miembro de pareja no casada
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



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

Number of children(s)

- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuántos adultos, de 18 años de edad o mayores, viven en su hogar?

Number of adults

- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Está usted actualmente embarazada?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha dado a luz en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

**Pensando en los miembros de su familia que viven en su hogar, ¿cuáles son sus ingresos anuales conjuntos, refiriéndose a todos los ingresos antes de impuestos obtenidos por diferentes recursos durante el año pasado? Por favor incluya el ingreso de cualquier persona que usted considere miembro de su familia viviendo en su hogar:**

- \$0-9,999
- \$10,000 – 14,999
- \$15,000 – 19,999
- \$20,000 – 34,999
- \$35,000 – 49,999
- \$50,000 – 74,999
- \$75,000 – 99,999
- \$100,000 – 199,999
- \$200,000 o más
- No lo sé
- No contestó

**Por Favor responda semanal o mensualmente abajo.**

**Weekly:** \$

- Don't know
- Refused

**Monthly:** \$

- Don't know
- Refused



**¿Es usted dueña de su casa, la alquila, o tiene algún otro arreglo?**

- Dueño
- Alquila
- Algún otro arreglo
- No lo sé
- No contestó



Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

## Health Insurance Status



**¿Tiene usted algún tipo de cobertura de cuidado de salud, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como HMO o planes gubernamentales como Medicare?**

Si  
 No  
 No lo sé  
 No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Con qué tipo de seguro o plan de salud está usted cubierta actualmente?**

Seguro de salud privado (Ej. UnitedHealth, Aetna, Cigna, Blue Cross Blue Shield, etc.)  
 Medicare  
 Medicaid  
 Cuidado de Salud Militar (TRICARE/VA/CHAMP-VA)  
 Servicio de Salud Indio  
 Otro (Por favor especifique)

Don't Know  
 Refused

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Es este plan sólo para usted o para usted y su familia?**

- Sólo un plan personal
- Plan familiar a través de usted
- Plan familiar por esposo o por otro miembro de familia
- Otro (Por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Desde hace cuánto tiempo C8?**

- 6 meses o menos
- Más de 6 meses pero no hace más de 1 año
- Más de 1 año pero no hace más de 3 años
- Más de 3 años
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Usted indicó que actualmente no está cubierta. ¿Por qué razón no está usted inscrita en un seguro de salud?**

	Si	No	No lo sé	No contestó
Los costos son demasiado altos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No comprendí los planes ofrecidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los planes no cubren los beneficios que yo busco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La elección de médicos, hospitales, y otros proveedores en los planes de red son demasiado limitados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Todavía estoy considerando mis opciones y no estoy listo para elegir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prefiero pagar la penalización por no tener un seguro de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tengo dinero suficiente actualmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Usted indicó que actualmente no está cubierta. ¿Por qué razón no está usted inscrita en un seguro de salud?**

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Antes de que usted , ¿qué tipo de seguro o plan de cuidado de salud la cubría antes?

- Seguro de salud privado (Ej. UnitedHealth, Aetna, Cigna, Blue Cross Blue Shield, etc.)
- Medicare
- Medicaid
- Cuidado Médico Militar (TRICARE/VA/CHAMP-VA)
- Servicio de Salud Indio
- Otro (Por favor especifique)

- No coverage of any type
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que usted no tuvo algún seguro de salud?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Aproximadamente, ¿cuántos meses estuvo sin cobertura?**

Month(s)

- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Cuál fue la razón principal por la cual usted no tuvo cobertura?**

- No podía pagar los gastos del seguro
- Usted o su esposo/otro miembro de la familia perdió su trabajo o disminuyó sus horas laborales
- Usted o su esposo/otro miembro de la familia adquirió trabajo o incrementó horas laborales
- Usted o su esposo/otro miembro de la familia cambió de trabajo
- Se casó
- Se divorció
- Tuvo un hijo
- Usted o su esposo/otro miembro de la familia se enfermó o quedó herido
- Otro (por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).





En los últimos 12 meses, ¿ha seguido recibiendo ayuda con servicios clínicos como exámenes, educación, o evaluaciones de seguimientos, a través de BCCCP [DEL ESTADO]?

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

### Enrollment Patterns:



¿Cómo se inscribió usted en su actual seguro de salud?

	Sí	No	No lo sé	No contestó
Sitio Web	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Centro de llamadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de navegadores, ayudantes de aplicaciones, consejeros certificados de aplicaciones, o trabajadores de salud comunitarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de un agente o corredor de seguros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de familiares o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de un empleador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de un preparador de impuestos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de Medicaid o alguna otra agencia de programas como TANF, SNAP, o WIC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda de un hospital, oficina médica, o clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A través de un nuevo empleo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por matrimonio o seguro familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor **especifique** cómo se inscribió en su seguro de salud actual

Next Save & Exit Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Nos gustaría preguntarle acerca de lo fácil o lo difícil que le fue inscribirse. En primer lugar, ¿Qué le facilitó inscribirse?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Sitio Web fácil de usar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disponibilidad de ayuda telefónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traductor disponible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Información fácil de entender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las opciones en los planes cubrieron mis necesidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda en persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muy accesible en costo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next Save & Exit Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor **especifique**

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Qué hizo la inscripción difícil?**

	<b>Si</b>	<b>No</b>	No lo sé	No contestó
Traté de inscribirme a un plan pero el sitio web no funcionaba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El Sitio web era demasiado difícil de moverse a través	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fue demasiado difícil comprender la información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La información no estaba en mi lengua nativa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No había ayuda telefónica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Había demasiadas opciones de planes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los costos eran muy elevados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor especifique

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Una prima de seguro se refiere a cuanto gasta usted en un seguro de salud. ¿Usted paga una prima de seguro por su seguro de salud?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Diría usted que el costo de la prima del seguro es una carga financiera para usted/su familia?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Un deducible es una cantidad que usted tiene que pagar antes de que su seguro de salud o su cobertura de cuidado de salud empiece a pagar sus cuentas médicas. ¿Paga usted un deducible por su seguro de salud?**

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Diría usted que el deducible es una carga financiera para usted/su familia?**

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Los costos de salud de su propio bolsillo son costos que no están cubiertos por su plan de seguro de salud, tales como límites en el número de resurtidos de ciertos medicamentos, el número de visitas a ciertos especialistas, o el número de días cubiertos para ciertos beneficios. ¿Tiene usted costos de su propio bolsillo que no están cubiertos por su plan?**

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Diría usted que los costos de su propio bolsillo son una carga financiera para usted/su familia?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Debido a la cantidad que usted (o su familia) ha gastado en diferentes tipos de cuidados de salud en los últimos 12 meses, ¿ha(n) hecho usted (o su familia) algunas de las siguientes?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Ha dejado de buscar cuidado de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido que disminuir otros tipos de gastos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha disminuido sus ahorros o ha tenido que sacar dinero de ellos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha agregado horas a su trabajo o ha tomado otro trabajo para cubrir los costos de cuidado de salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido que pedir préstamos o se ha endeudado con tarjetas de crédito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha tenido que declararse en banca rota	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha hecho otros cambios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**En algún momento en los últimos 12 meses ¿necesitó usted ver a un médico o proveedor de cuidado de salud pero no pudo debido a su precio?**

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Hubo alguna vez en los últimos 12 meses, cuando usted no tomó su medicamento según fue recetado por razones económicas? Esto podría incluir saltarse la dosis, tomar menos medicamentos, demorar surtir una receta, comprar medicamentos con receta de otro país, o usar terapias alternativas. No incluya los medicamentos que se vendan sin receta médica.**

- Si
- No
- Ningún medicamento fue recetado
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

## Preventive Care Access:



---



**¿Tiene usted una persona que considera su médico particular o proveedor de cuidado de salud, incluyendo a su ginecólogo?**

---

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



---

**¿A qué tipo de lugares va usted regularmente para obtener servicios de salud?**

---

- Consultorio médico privado HMO
- Centro Médico Comunitario
- Departamento de Salud
- Clínica de Planificación Familiar
- Cuidados Urgentes/Clinicas Ambulatorias
- Sala de Emergencia del Hospital
- Clínica Local Gratuita
- Otro (Por favor especifique)

---

- No lo sé
- No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).





**¿Ha tenido usted un examen o chequeo de rutina en los últimos 12 meses?** *Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión específica, enfermedad, o condición.*

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Durante su último chequeo de rutina, ¿el personal realizó alguno de los siguientes?**

	Si	No	No lo sé	No contestó
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**En los últimos 12 meses, ¿qué tan seguido le dio su proveedor de salud explicaciones fáciles de comprender sobre los pasos a seguir respecto a sus preguntas de salud o preocupaciones?**

- Nunca
- Algunas veces
- Usualmente
- Siempre
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**En los últimos 12 meses, ¿sintió usted que podría confiar en su proveedor de cuidado de la salud con su cuidado médico?**

- Sí, definitivamente
- Sí, algo
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**Si usted no ha tenido algún examen o chequeo médico en los últimos 12 meses, ¿cuál es la razón principal?**

- Rara vez o nunca se enferma
- Se mudó recientemente a esta área
- No sé a dónde ir para cuidado de salud
- Su lugar usual de cuidado preventivo ya no está disponible
- No encuentro un proveedor que hable mi idioma
- Me gusta ir a diferentes lugares para diferentes necesidades de cuidado de salud
- Acabo de cambiar plan de seguro
- No creo que el cuidado de salud preventivo es importante
- Otro (Por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**En los últimos 12 meses ¿ha experimentado usted cualquiera de las siguientes dificultades al realizar un chequeo de rutina?**

	Si	No	No lo sé	No contestó
No logró comunicarse por teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No consiguió cita a tiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nadie para traducir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una vez ahí, usted tuvo que esperar demasiado tiempo para ser atendido por un doctor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La oficina (clínica/doctor) estaba cerrada cuando usted llegó allí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tuvo transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tuvo cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No pudo salir del trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No tenía seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su doctor anterior no estaba disponible / se mudo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demasiado caro/costoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor especifique

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



En general, ¿cuán satisfecho está usted con el cuidado de salud que recibió en su chequeo de rutina en los últimos 12 meses?

- Muy satisfecho
- Algo satisfecho
- Algo insatisfecho
- Muy insatisfecho
- No lo sé
- No contestó



Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

## Participation in Screening:



---



**Una mamografía es una radiografía que se toma de cada seno para detectar el cáncer de seno. En los últimos 12 meses ¿le ha recomendado su proveedor de cuidado de salud que se haga una mamografía?**

---

Si  
 No  
 No lo sé  
 No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



---

**¿Usted ha tenido una mamografía en los últimos 12 meses?**

---

Si  
 No  
 No lo sé  
 No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿El personal de cuidado de salud hizo algunos de los siguientes respecto a su mamografía?**

	<b>Si</b>	<b>No</b>	No lo sé	No contestó
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Se le recomendó tener exámenes de seguimiento?**

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Siguió usted la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuánto pagó usted por los exámenes de seguimiento? *Por favor, incluya también los costos de co-pago, si es el caso, cuando responda esta pregunta.*

- No costó nada
- Menos de \$100
- Más de \$100
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuál es la razón principal por la cual usted no siguió la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Por ningún motivo/no pensé en ello
- Lo pospuse/no tuve tiempo para hacerlo
- Demasiado caro/costoso
- Preocupado que los exámenes serían demasiado dolorosos / desagradables / vergonzosos
- No tengo doctor
- Miedo a encontrar cáncer
- Otro (Por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Un examen clínico de seno es cuando el doctor, enfermera o profesional de salud toca el seno para encontrar bultos.  
¿Ha tenido usted un examen clínico de seno en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).





¿El personal de cuidado de salud hizo alguno de los siguientes después de su examen de seno?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Un examen de Papanicolaou es para detectar cáncer cervicouterino. En los últimos 12 meses, ¿le ha recomendado su proveedor de cuidado de salud que usted reciba un examen de Papanicolaou?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Usted ha tenido un examen de Papanicolaou en los últimos 12 meses?**

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿El personal de cuidado de salud hizo alguno de los siguientes relacionados con su examen de Papanicolaou?**

	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>No lo sé</b>	<b>No contestó</b>
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Se le recomendó tener exámenes de seguimiento?

- Yes
- No
- Don't know
- Refused

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Siguió usted la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Yes
- No
- Don't know
- Refused

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuánto pagó usted por los exámenes de seguimiento? *Por favor, incluya los costos de co-pago, si es el caso, cuando responda esta pregunta.*

- No costó nada
- Menos de \$100
- Más de \$100
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuál es la razón principal por la cual usted no siguió la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Por ningún motivo/no pensé en ello
- Lo pospuse/no tuve tiempo para hacerlo
- Demasiado caro/costoso
- Preocupado que los exámenes serían demasiado dolorosos / desagradables / vergonzosos
- No tengo doctor
- Miedo a encontrar cáncer
- Otro (Por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Un examen de sangre en las heces es un examen para determinar si tiene sangre en sus evacuaciones o en sus heces. El examen de sangre en las heces se realiza en casa utilizando un kit. Se utiliza una varita o cepillo para obtener una pequeña cantidad de heces en casa y se le envía al médico o laboratorio.

¿Le ha recomendado su proveedor de cuidado de salud que usted realice un examen de sangre en las heces en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Usted ha realizado este examen con un kit de casa en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿El personal de cuidado de salud hizo alguno de los siguientes relacionados con su resultado del kit para el hogar?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Se le recomendó tener exámenes de seguimiento?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Siguió usted las recomendaciones de tener exámenes de seguimiento?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuánto pagó usted por los exámenes de seguimiento? *Por favor, incluya los costos de co-pago, si es el caso, cuando responda a esta pregunta.*

- No costó nada
- Menos de \$100
- Más de \$100
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**¿Cuál es la razón principal por la cual usted no siguió la recomendación de tener exámenes de seguimiento?**

- Por ningún motivo/no pensé en ello
- Lo pospuse/no tuve tiempo para hacerlo
- Demasiado caro/costoso
- Preocupado que los exámenes serian demasiado dolorosos / desagradables / vergonzosos
- No tengo doctor
- Miedo a encontrar cáncer
- Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



**La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta un tubo en el recto para examinar los intestinos para detectar señales de cáncer u otros problemas de salud.**

**¿Le ha recomendado su proveedor de cuidado de salud que usted reciba una sigmoidoscopia o colonoscopia en los últimos 12 meses?**

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Usted ha tenido una sigmoidoscopia o colonoscopia en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿El personal de cuidado de salud hizo algunos de los siguientes relacionados con la sigmoidoscopia o colonoscopia?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Proporcionó educación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó consejería o apoyo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a marcar una cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le apoyó con transporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionó un traductor/ traducción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arregló cuidado de niños o cuidado de personas mayores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le llamó para recordarle de la cita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dio seguimiento para ver que recibiera los resultados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le ayudó a tener seguimiento de examen o tratamiento requerido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).





¿Se le recomendó tener exámenes de seguimiento?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Siguió usted la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuánto pagó usted por los exámenes de seguimiento? *Por favor, incluya los costos de co-pago, si es el caso, cuando responda a esta pregunta.*

- No costó nada
- Menos de \$100
- Más de \$100
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Cuál es la razón principal por la cual usted no siguió la recomendación de tener exámenes de seguimiento?

- Por ningún motivo/no pensé en ello
- Lo pospuse/no tuve tiempo para hacerlo
- Demasiado caro/costoso
- Preocupado que los exámenes serían demasiado dolorosos / desagradables / vergonzosos
- No tengo doctor
- Miedo a encontrar cáncer
- Otro (Por favor especifique)

- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha tenido usted su presión arterial medida por un médico, enfermera, farmacéutico u otro profesional de la salud en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha tenido usted una vacuna contra la gripa (inyección o de aerosol nasal) en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Ha tenido usted un análisis de azúcar en la sangre o diabetes en los últimos 12 meses?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



En cuanto a los servicios de detección que usted ha recibido, ¿qué tan satisfecha está usted con su proveedor de cuidado de salud?

- Muy satisfecha
- Algo satisfecha
- Algo insatisfecha
- Muy insatisfecha
- No lo sé
- No contestó

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).

## Health Outcomes:



---



**¿Diría usted que en general su salud es ....?**

---

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Pobre
- No lo sé
- No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



---

**¿Tiene usted alguna condición médica que le obligue a visitar a un médico o profesional de salud (incluyendo especialistas) regularmente (por ejemplo, trimestralmente, mensualmente, semanalmente)?**

---

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

---

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Alguna vez usted ha sido diagnosticada con cáncer?

- Si
- No
- No lo sé
- No contestó

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



¿Con cuál de los siguientes tipos de cáncer ha sido diagnosticada?

	Si	No	No lo sé	No contestó
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer colorrectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de ovario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de hueso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linfoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor especifique

Next Save & Exit Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Esta última pregunta es acerca de su historial familiar de cáncer. ¿Su padre biológico, madre, o hermanos han sido diagnosticados con alguno de los siguientes tipos de cáncer?

	Sí	No	No lo sé	No contestó
Cáncer de mama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer cervical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer colorrectal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de ovario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la sangre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de hueso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Linfoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Next Save & Exit Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).



Por favor especificque

Next

Save & Exit

Back

For Technical Assistance, please contact NORC at [lsmuw@norc.org](mailto:lsmuw@norc.org).