Attachment 4b

CICC Survey, Spanish

**Formulario aprobado**

**N° de la OMB 0920-xxxx**

**Fecha de vencimiento xx/xx/xxxx**

**Estudio de Investigación de Casos de Cáncer Cervical (CICC, por sus siglas en inglés)**

**Patrocinado por**

**Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades**

**La carga pública de notificación para esta recolección de información se calcula que promedia los 15 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo que se toma en dar las instrucciones, hacer búsquedas en fuentes de datos, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. Una agencia no puede llevar a cabo ni patrocinar un estudio de recopilación de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe comentarios sobre este cálculo de tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, a CDC/ATSDR Information Collection Review Office, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx).**

***Consejos para responder la encuesta***

* Por favor, comparta opiniones sinceras. Todas sus respuestas se mantendrán en privado.
* Por favor, utilice una lapicera de tinta de color **NEGRO** o **AZUL OSCURO** para marcar sus respuestas.
* Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de marcar la suya.
* A veces, las indicaciones le dirán que salte una o más preguntas. Busque las notas que indican si debe saltar una pregunta. Si no hay nota alguna, entonces pase a la siguiente pregunta.
* Responda todas las preguntas colocando una “X” en la casilla al costado de su respuesta, así:

**Ejemplo**

1. El mes pasado, ¿sintió dolor de cabeza?

 Sí



 No 🡪**Pase a la pregunta 3**

 No sé 🡪**Pase a la pregunta 3**

2. El mes pasado, ¿cuántas veces sintió dolor de cabeza?

 1−2 veces



 3−5 veces

 6 veces o más

 No sé

3.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Por favor, seleccione SÍ o NO en cada punto** | 1SÍ | 2NO |
| ¿Respondió esta pregunta? | ☒ |  |
| ¿Es usted hombre? |  | ☒ |

**A. HISTORIAL DE CÁNCER CERVICAL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| A1. | ¿Cuándo fue la primera vez que un médico u otro profesional médico le dijo que tenía cáncer cervical? | |
|  |  | |
|  | /  MES AÑO | |
|  |  |  |
| A2. | ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor cómo es que le diagnosticaron cáncer cervical (invasivo) por primera vez? (Seleccione **UNA**) | |
|  |  |  |
|  | * Me diagnosticaron como parte de exámenes de rutina (chequeos) o exámenes de evaluación (NO porque tuviera síntomas o problemas). * Me diagnosticaron después de buscar atención médica para examinar problemas o síntomas que estaba sintiendo. * Otro especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  |  |
| Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Las siguientes preguntas serán sobre su historial de evaluación de Papanicolaou y VPH. Una evaluación de Papanicolaou examina su cérvix en busca de células anormales que podrían convertirse en cáncer cervical.  Durante un examen de Papanicolaou, se inserta un instrumento en la vagina. Este ensancha la vagina de forma tal que pueda verse la parte superior de la misma y la cérvix completa. Su médico utiliza una espátula o brocha pequeña para raspar cuidadosamente la superficie de la cérvix, a fin de recoger células, las cuales son luego examinadas bajo el microscopio.  Una evaluación de VPH examina su cérvix en busca del virus (VPH) que puede causar células anormales y llevar al cáncer cervical. El examen de VPH puede encontrar el virus de VPH evaluando las células recogidas al mismo tiempo que el examen de Papanicolaou. | | |
|  |  |  |
| A3. | Antes de su diagnóstico, ¿qué tan a menudo se realizaba exámenes de evaluación de cáncer cervical (Papanicolaou o VPH)? (Seleccione **UNA**) | |
|  |  | |
|  | * Más de una vez al año * Una vez al año * Una vez cada 2 o 3 años * De cada 3 a 5 años * Menos de cada 5 años * No se realiza evaluaciones regularmente * No se había realizado Papanicolaou alguno antes del diagnóstico de cáncer cervical | |

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | |
| A4. | En los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer, ¿se realizó algún examen de evaluación de cáncer cervical (excluido el examen que llevó a su diagnóstico de cáncer cervical)? | | | |
|  |  | | | |
|  | * No * Sí  **Pase a la pregunta A6 en la página 6** | | | |
| A5. | Quisiéramos entender mejor por qué usted **puede no haberse** evaluado dentro de los 5 años antes de su diagnóstico. Puede haber una variedad de razones. Por favor responda “De acuerdo”, “No estoy de acuerdo” o “No recuerdo/No sé” a los siguientes enunciados. Recuerde que esta pregunta se refiere a **ANTES** de su diagnóstico de cáncer cervical (no en la actualidad). | | | |
|  |  |  | | |
|  | **En los 5 años antes de su diagnóstico, ¿por qué NO se evaluó?** | **De acuerdo** | **No estoy de acuerdo** | **No recuerdo/**  **No sé** |
| a. | No sabía para qué era una evaluación de cáncer cervical (examen de Papanicolaou o VPH). |  |  |  |
| b. | Nunca me imaginé que desarrollaría cáncer cervical. |  |  |  |
| c. | Pensé que los exámenes de evaluación eran únicamente para mujeres que tenían síntomas de cáncer cervical. |  |  |  |
| d. | Tenía miedo de que el examen de evaluación pudiera causar cáncer cervical. |  |  |  |
| e. | Ya me habían evaluado por cáncer cervical anteriormente y no pensé que tuviera que hacerlo de nuevo. |  |  |  |
| f. | Tenía miedo de que me doliera o me incomodara. |  |  |  |
| g. | Me daba vergüenza el proceso de realizarme una evaluación. |  |  |  |
| h. | Realizarme exámenes de evaluación de cáncer cervical iba en contra de mis creencias religiosas o culturales. |  |  |  |
| i. | Me daba miedo de que pudieran diagnosticarme cáncer cervical. |  |  |  |
| j. | Tenía otras inquietudes de salud que eran más importantes. |  |  |  |
| k. | El horario de la clínica no me era conveniente. |  |  |  |
| l. | Simplemente nunca me decidí a hacerla. Estaba ocupada y no tenía tiempo. |  |  |  |
|  | **En los cinco años antes de su diagnóstico, ¿por qué NO se evaluó?** | **De acuerdo** | **No estoy de acuerdo** | **No recuerdo/**  **No sé** |
| m. | Necesitaba que otra persona fuera conmigo. |  |  |  |
| n. | Me olvidé. |  |  |  |
| o. | Mi proveedor de atención médica no me dijo que debía realizarme un examen de evaluación. |  |  |  |
| p. | Sabía que tenía que realizarme un examen de evaluación, pero mi proveedor de atención médica no realizaba exámenes de evaluación. |  |  |  |
| q. | No tenía un proveedor de atención médica regular. |  |  |  |
| r. | No confiaba en los proveedores de atención médica. |  |  |  |
| s. | No tenía seguro de salud. |  |  |  |
| t. | No podía darme el lujo de faltar a mi trabajo para hacerme el examen de evaluación. |  |  |  |
| u. | El examen de evaluación era muy costoso. |  |  |  |
| v. | El transporte para llegar al lugar del examen de evaluación era muy costoso. |  |  |  |
| w. | No podía pagar los servicios de cuidado infantil para ir a la clínica y realizarme el examen. |  |  |  |
| x. | Tenía miedo, ya que a una amiga o familiar le habían diagnosticado cáncer cervical. |  |  |  |
| y. | No tenía historial familiar de cáncer cervical. |  |  |  |
| z. | No tenía historial familiar de cáncer. |  |  |  |
| aa. | No me siento cómoda hablando en inglés. |  |  |  |
| bb. | Ya no era sexualmente activa. |  |  |  |
| cc. | No pensé que estuviera previsto regresar. |  |  |  |
| dd. | No quería que me pesaran en el consultorio médico. |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | Otros motivos o comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  |  | | | |
| **Por favor, pase a la pregunta A8 en la página 5** | | | | |
| A6. | Quisiéramos entender mejor por qué usted **sí** se evaluó dentro de los 5 años antes de su diagnóstico. Puede haber una variedad de razones. Por favor responda “De acuerdo”, “No estoy de acuerdo” o “No recuerdo/No sé” a los siguientes enunciados. Recuerde que esta pregunta se refiere a **ANTES** de su diagnóstico de cáncer cervical (no en la actualidad). | | | |
|  |  |  | | |
|  | **En los 5 años antes de su diagnóstico, ¿por qué SÍ se evaluó?** | **De acuerdo** | **No estoy de acuerdo** | **No recuerdo/**  **No sé** |
| a. | Me realizaron un examen de evaluación de cáncer cervical (examen de Papanicolaou o VPH) durante mi examen anual. |  |  |  |
| b. | Me realizaron un examen de evaluación anteriormente y sabía a qué atenerme. |  |  |  |
| c. | Mi proveedor de atención médica me dijo que debía realizarme una evaluación. |  |  |  |
| d. | Una amiga o familiar me recomendó que me realizara un examen de evaluación. |  |  |  |
| e. | Conozco a una amiga o familiar a quien diagnosticaron cáncer cervical. |  |  |  |
| f. | Entendí la importancia de los exámenes de evaluación. |  |  |  |
| g. | Quería cuidar mi cuerpo. |  |  |  |
| h. | Las evaluaciones estaban cubiertas por mi seguro (en su totalidad o en parte). |  |  |  |
| i. | Tuve un examen anormal en el pasado. |  |  |  |
|  | Otras razones o comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A7. | Por favor, indique el año de cada examen de Papanicolaou o VPH que se realizó durante los 5 años antes de su diagnóstico de cáncer y sus resultados (normal, anormal o no sé). | | | | | | | | |
| **Resultados del examen de Papanicolaou (seleccione UNA)** | | | | | **Resultados del examen de VPH (seleccione UNA)** | | | |
| **Año** | | **Normal** | **Anormal** | **No sé** | **Año** | **Normal** | **Anormal** | **No sé** |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |

Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | | | |
| A8. | | Si tuvo un resultado anormal del examen de Papanicolaou o VPH durante los 5 años previos o que llevaron a su diagnóstico, ¿hizo seguimiento con su médico sobre este resultado según lo recomendado? (Seleccione **UNA**) | | | | | | |
|  | | * Sí, según lo recomendado por mi médico.  **Pase a la pregunta A10 en la página 8** * Sí, pero esperé más del tiempo recomendado. * No, no hice seguimiento. * No tuve un resultado anormal en un examen de Papanicolaou o VPH.  **Pase a la pregunta A10 en la página 8** | | | | | | |
| A9. | | Si no hizo seguimiento con su médico o esperó más de lo recomendado después de un examen anormal, por favor responda “de acuerdo”, “no estoy de acuerdo” o “no recuerdo/no sé” a los siguientes enunciados. | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
|  | | **Si tuvo un resultado anormal en su examen, ¿por qué NO hizo seguimiento con su médico o esperó más de lo recomendado?** | | **De acuerdo** | | **No estoy de acuerdo** | | **No recuerdo/**  **No sé** |
| a. | | Me daba vergüenza el resultado anormal. | |  | |  | |  |
| b. | | Tenía miedo de escuchar lo que significaba el resultado anormal. | |  | |  | |  |
| c. | | No confiaba en los resultados anormales del examen. | |  | |  | |  |
| d. | | No me di cuenta de que el resultado anormal podía indicar cáncer cervical. | |  | |  | |  |
| e. | | Mi proveedor de atención médica no me dijo que necesitaba seguimiento. | |  | |  | |  |
| f. | | El horario de la clínica no me era conveniente. | |  | |  | |  |
| g. | | Quería que otra persona fuera conmigo. | |  | |  | |  |
| h. | | No tenía transporte para llegar a la clínica. | |  | |  | |  |
| i. | | Me olvidé. | |  | |  | |  |
| j. | | Estaba ocupada y no tenía tiempo. | |  | |  | |  |
| k. | | Me preocupaba el costo de la consulta de seguimiento. | |  | |  | |  |
| l. | | Me preocupaba el costo de un futuro tratamiento. | |  | |  | |  |
| m. | | El transporte para llegar al lugar del examen de evaluación era demasiado costoso. | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | |
| n. | No podía pagar los servicios de cuidado infantil para ir a la clínica. | |  | |  | |  | | |
| o. | Faltar a mi trabajo para hacerme el examen de evaluación era muy costoso. | |  | |  | |  | | |
| p. | No tenía seguro de salud. | |  | |  | |  | | |
| q. | No tenía un seguro de salud que cubriera los procedimientos adicionales. | |  | |  | |  | | |
| r. | No me siento cómoda hablando en inglés. | |  | |  | |  | | |
| s. | Me sentía incómoda con mi proveedor. | |  | |  | |  | | |
|  | Otras razones u otros comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A10. | En los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer, ¿qué otra atención preventiva recibió)? | | | |
|  |  | | | |
|  |  | **Sí** | **No** | **\* No era necesario/requerido** |
| a. | Examen colorrectal (esto es, análisis de sangre oculta en materia fecal [FOBT, por sus siglas en inglés], sigmoidoscopía, colonoscopía) |  |  |  |
| b. | Mamografía |  |  |  |
| c. | Vacuna contra la influenza |  |  |  |

\* Si no tenía la edad apropiada, por favor marque no era necesario/requerido.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| A11. | Antes de su diagnóstico de cáncer, ¿le ligaron o esterilizaron las trompas (esto es, atadura, corte o extirpación de ambas trompas)? |
|  | * Sí * No |

**B. SEGURO MÉDICO**

|  |  |
| --- | --- |
| B1. | Al momento de su diagnóstico de cáncer, ¿qué tipo de seguro de salud tenía?  (Seleccione todas las opciones que apliquen). |
|  |  |
|  | * Seguro privado (Kaiser, Blue Cross, Aetna, de trabajo, grupal, etc.) * Medicare (incluida atención administrada por Medicare) * Administración militar o de veteranos * Seguro público (Medicaid, otro seguro público estatal o del condado) * Sin seguro (pago por cuenta propia de todos los gastos de atención médica) * Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| B2. | a. Durante los cinco años antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿tenía cobertura de seguro de salud que pagaba toda o parte de su atención médica? |
|  |  |
|  | * Sí * No  **Pase a la pregunta B3 más abajo** |
|  | B2b. Durante los cinco años previos a su diagnóstico de cáncer cervical, ¿hubo alguna vez en que su seguro de salud no le haya brindado la cobertura adecuada para sus necesidades médicas? |
|  |  |
|  | * Sí * No |
| B3. | Durante los cinco años previos a su diagnóstico de cáncer cervical, ¿había un consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar en particular al cual iba normalmente cuando se enfermaba o necesitaba atención? (Seleccione **UNA**) |
|  |  |
|  | * Sí, en un consultorio médico, clínica o centro de salud * Sí, en una clínica de urgencias o sala de emergencias * No |
|  |  |

**C. OTRAS CONDICIONES MÉDICAS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| C1. | Antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿alguna vez le dijo un médico o profesional de salud que tenía alguno de los siguientes problemas médicos? | | | |
|  | **Diagnóstico** | **Sí** | **No** | **Si la respuesta es sí, año del diagnóstico** |
| a. | Artritis |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| b. | Asma |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| c. | Diabetes |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| d. | Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| e. | Problemas renales o insuficiencia renal |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| f. | Afección hepática crónica |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| g. | Problemas cardiacos (ataque al corazón, enfermedad de las arterias coronarias/enfermedad cardiaca, apoplejía, ritmo cardiaco irregular, etc.) |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| h. | Hipertensión o presión alta |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| i. | Depresión (tristeza) que requirió tratamiento |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| j. | Ansiedad (nerviosismo) que requirió tratamiento |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| k. | Problemas graves con la memoria o la concentración |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| l. | Osteoporosis (huesos frágiles o blandos) |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| m. | Problemas estomacales y/o intestinales (enfermedad de Crohn, úlceras, enfermedad intestinal inflamatoria, etc.) |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| n. | Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| o. | Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_ |
| p. | Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_ |

**D. DEMOGRAFÍA**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| D1. | ¿Es usted de origen hispano o latino? |
|  |  |
|  | * Sí * No |
| D2. | ¿Cuál es su raza o herencia racial? Por favor, seleccione todas las que apliquen. |
|  | * Blanca o caucásica * Negra o afroamericana * Asiática * Indígena americana o nativa de Alaska * Nativa hawaiana o nativa de otras islas del Pacífico |
| D3. | Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuál era su estado civil? Por favor seleccione **UNA**. |
|  | * Casada * Viuda * Divorciada * Separada * Nunca estuvo casada * Vive con su pareja |
| D4. | Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuál de las siguientes categorías describe mejor los ingresos anuales de su hogar? |
|  |  |
|  | * Menos de $10,000 * $10,000 a $19,999 * $20,000 a $29,999 * $30,000 a $39,999 * $40,000 a $49,999 * $50,000 a $69,999 * $70,000 a $89,999 * $90,000 o más * No sé |

|  |  |
| --- | --- |
| D4b. | Al momento de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿cuántas personas eran mantenidas con los ingresos totales de su hogar, incluida usted misma? (Seleccione **UNA**) |
|  |  |
|  | * 1 (solo usted) * 2 * 3 * 4 o más |
| D5. | ¿Nació en la isla de Puerto Rico, en los Estados Unidos o en otro país? |
|  | * EE.UU.  **Pase a la pregunta D7** * Puerto Rico * Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| D6. | ¿Cuántos años ha vivido en los Estados Unidos de manera continua?  Años |
|  |  |
| D7. | ¿Se siente cómoda hablando en inglés? |
|  |  |
|  | * Sí * No |
|  |  |

**E. AUTOMUESTREO y VACUNA CONTRA EL VPH**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| E1. | Pronto estarán disponibles exámenes que le permitirán a una mujer tomar una muestra para la evaluación de cáncer cervical en casa o en una clínica de atención médica, un procedimiento llamado automuestreo. Antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿habría estado dispuesta a realizar un automuestreo si le hubieran dado las indicaciones sobre cómo tomar la muestra? |
|  |  |
|  | * Sí * No * No estoy segura |
| E2. | ¿Ha recibido la vacuna contra el cáncer cervical (vacuna contra el VPH)? |
|  |  |
|  | * Sí * No * No estoy segura |
| E3a. | Si tiene hijos elegibles para la vacuna contra el VPH, ¿hizo que los vacunaran?   * Sí, todos mis hijos elegibles han sido vacunados. * Sí, algunos pero no todos mis hijos elegibles han   sido vacunados. **Diríjase a la**   * No **Pregunta E4** * No estoy segura * No tengo hijos o no fueron elegibles. **Pase a la pregunta E3b**   E3b. Si tuviera hijos, ¿los haría vacunar contra el VPH?   * Sí * No * No estoy segura |
| E4. | Antes de su diagnóstico de cáncer, ¿era consciente del VPH? |
|  | * Sí * No * No estoy segura |

**Gracias por responder la encuesta.**

**Si quisiera compartir su historia o tiene algún comentario o información adicional, por favor utilice el espacio en la siguiente página.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor, ponga la encuesta dentro del sobre con su dirección y estampilla.**