

Attachment 2c.

Wave 1 Survivor Survey (online, Spanish)

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average of 20 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-####).

Cancer Type Fill

Depending on what type of cancer the respondent has (breast, cervical, or colorectal), the type will fill automatically on a number of questions. For example, “What was your marital status when you were first diagnosed with breast cancer?” We’ve included screenshots of each type of diagnosis for the whole survey – respondents will only answer **one** version of the survey in their preferred language, English **or** Spanish.

For Respondents with Breast Cancer

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y completar esta encuesta. Solo le tomará 20 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de las dificultades o los obstáculos que puede haber enfrentado durante el proceso de atención del cáncer, desde la detección hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre el tipo de cáncer que tuvo, su edad cuando fue diagnosticado, y si tenía seguro médico. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar sobre lo que ha pasado como sobreviviente de cáncer.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder. Solo pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También es posible completar la encuesta en varias sesiones, ya que sus respuestas quedarán guardadas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso



5%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿En qué estadio se encontraba su cáncer breast al momento del diagnóstico?

- ☐ Estadio 0
- ☐ Estadio 1
- ☐ Estadio 2
- ☐ Estadio 3
- ☐ Estadio 4
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



6%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Esta es una categoría que se basa en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Se desconoce

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué edad tiene?

- ☐ 21–24 años
- ☐ 25–29 años
- ☐ 30–34 años
- ☐ 35–39 años
- ☐ 40–44 años
- ☐ 45–49 años
- ☐ 50–54 años
- ☐ 55–59 años
- ☐ 60–64 años
- ☐ 65–69 años
- ☐ 70–74 años
- ☐ 75 years old or older

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra [por favor especifique]:
- ☐ Don't know
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil cuando le diagnosticaron cáncer breast por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral cuando le diagnosticaron cáncer breast por primera vez?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  12%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral actual?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  13%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en 2021?

- ☐ Menos de \$20.000
- ☐ \$20.001–\$40.000
- ☐ \$40.001–\$60.000
- ☐ \$60.001–\$80.000
- ☐ \$80.001–\$100.000
- ☐ \$100.001–\$120.000
- ☐ Mayor a \$120.000
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era el estado de su seguro cuando le diagnosticaron cáncer breast por primera vez?
Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era el estado actual de su seguro cuando recibió el diagnóstico por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



15%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?

- ☐ Escuela primaria o secundaria
- ☐ Grados 9 a 12, pero sin graduarme de la escuela secundaria
- ☐ Graduado/a de escuela secundaria o GED
- ☐ Universidad/escuela técnica
- ☐ Graduado/a universitario/a
- ☐ Posgrado o título profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



16%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal cuando le diagnosticaron cáncer breast por primera vez?

- ☐ Viví en varias zonas de código postal cuando recibí el diagnóstico.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



21%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar cuando fue diagnosticado/a?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casa móvil)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía una vivienda estable (alojo en un hotel, en un albergue, vivo en la calle o en un parque, etc.)
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



21%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su hogar, lo cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Indique si la siguiente afirmación es cierta casi siempre, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupaba si se nos acabaría la comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

[Guardar y continuar más tarde](#)

**Antes de su diagnóstico de cáncer breast, ¿qué afecciones le habían diagnosticado?
Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- ☐ Artritis/reumatismo/gota
- ☐ Tumores benignos, quistes
- ☐ Otros tipos de cáncer, distintos del cáncer breast
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas de circulación (incluidos coágulos de sangre)
- ☐ Demencia/Alzheimer
- ☐ Depresión/ansiedad/problema emocional
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia, convulsiones
- ☐ Fibromialgia, lupus
- ☐ Problemas o condiciones gastrointestinales
- ☐ Problema de audición
- ☐ Problema cardíaco
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión/presión arterial alta
- ☐ Problemas renales o vesicales
- ☐ Problema pulmonar/respiratorio (por ejemplo, asma y enfisema)
- ☐ Dolores de cabeza por migraña (no solo dolores de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis, tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson, otros temblores
- ☐ Embolia/derrame
- ☐ Problemas de tiroides, enfermedad de Graves
- ☐ Úlcera
- ☐ Problema de visión
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro impedimento/problema - Especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



24%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Le han realizado una histerectomía?

- ☐ Sí, histerectomía completa
- ☐ Sí, histerectomía parcial
- ☐ Sí, pero no sé si es histerectomía total o parcial
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  25%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Alguna vez ha dado positivo de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No
- ☐ Sí, antes de mi diagnóstico de cáncer.
- ☐ Sí, durante mi tratamiento del cáncer.
- ☐ Sí, después de mi tratamiento del cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  27%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Hay algún consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar en particular al que suele acudir si está enfermo/a o necesita asesoramiento sobre su salud (atención regular no relacionada con el cáncer)? Esto no incluye la atención recibida en salas de emergencias, centros de atención de urgencia o clínicas de farmacias/tiendas de comestibles.

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

28%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar cáncer colorrectal?

	Sí	No
Prueba de heces, excepto Cologuard		
[Incluye varios tipos de análisis de sangre en heces o sangre oculta, prueba inmunoquímica fecal o prueba FIT. Utiliza un kit en casa para recolectar una pequeña cantidad de heces y enviarla al médico o al laboratorio].	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard		
[A diferencia de otras pruebas de heces, Cologuard también es un kit que se usa en casa para recolectar muestras de heces. La prueba busca cambios en el ADN además de buscar sangre en las heces]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar solo una parte del colon. Durante el examen usted está completamente despierto/a]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar todo el colon. Usted recibe medicamento para adormecerse y luego del examen otra persona debe llevarlo a casa]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada (CT) o colonoscopia virtual		
[A diferencia de las colonoscopias regulares, no necesita medicamentos para adormecerse. Su colon se llena de aire y a usted lo/la mueven a través de una máquina de rayos X en forma de rosquilla mientras está acostado/a boca arriba y luego boca abajo]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

29%

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s):

Prueba de heces, excepto Cologuard

Cologuard

Sigmoidoscopia

Colonoscopia

Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Prueba de heces, excepto Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



30%

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p. ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer colorrectal dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  35%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer cervical.

Hay dos tipos de pruebas diferentes para detectar cáncer cervical. Una es una prueba de Papanicolaou o Papanicolaou y la otra es la prueba del VPH o Virus del Papiloma Humano.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar el cáncer cervical?

Son pruebas para mujeres en las que un médico u otro profesional de la salud toma una muestra del cuello uterino con un hisopo o un cepillo, y la envía al laboratorio.

	Sí	No	No sé
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  41%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s).

Citología cervical o prueba de Papanicolaou
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p.ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  45%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer cervical dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  46%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer de mamá o con mamografías.

Una mamografía es una imagen de la mama tomada con rayos X en la que una máquina comprime el seno.

¿Alguna vez se ha hecho una mamografía para detectar el cáncer de mama?

- ☒ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  50%

Usted indicó que se hizo una mamografía.

¿Hace cuánto tiempo se realizó la mamografía MÁS RECIENTE?

- ☐ En el último año (hace menos de 12 meses)
- ☐ En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)
- ☐ En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)
- ☒ En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)
- ☐ En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)
- ☐ Hace 10 años o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  51%

¿Por qué se realizó la mamografía?

- ☒ Parte de un examen/chequeo de rutina
- ☐ Debido a un problema o síntomas
- ☐ Seguimiento de una prueba de detección (positiva)
- ☐ Otro motivo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  53%

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su mamografía dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☒ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  53%

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al mantenerse al día con su prueba de detección de cáncer de mama?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
- ☐ Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
- ☐ No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ La información médica era demasiado difícil de entender
- ☒ No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☒ No sabía a dónde ir para recibir atención (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☒ Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☒ No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
- ☐ Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
- ☒ Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
- ☐ No sentí que la prueba de detección fuera urgente (p. ej., nunca pensé en programar una prueba de detección; la pospuse/no la hice; no he tenido ningún problema o síntoma)
- ☐ No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
- ☐ Otro
- ☐ No tuve ningún problema con la programación de mi examen de detección de cáncer de mama.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



54%

If respondents select problems, they will see:

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **Experimenté discriminación** (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  56%

If respondents select that they did not encounter problems, they will see:

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su mamografía.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado médico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  57%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas son sobre el proceso de obtener su diagnóstico de cáncer.

¿Recibió un diagnóstico erróneo inicial antes de su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  58%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuánto tiempo pasó entre su primera prueba (p. ej., prueba de detección positiva o prueba que se realizó debido a los síntomas) y su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Menos de 1 mes
- ☐ Un mes a menos de 2 meses
- ☐ Dos meses a menos de 3 meses
- ☐ Tres meses a menos de 6 meses
- ☐ 6 meses o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  59%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al recibir su diagnóstico de cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (por ejemplo, no había licencia por enfermedad pagada, ni horario de trabajo flexible)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Miedo al potencial diagnóstico o de escuchar el diagnóstico sin la presencia de un ser querido**
- ☐ **Otro**
- ☐ **Recibí un diagnóstico oportuno / no tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents select problems, they will see:

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  61%

If respondents select that they did not experience any problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que le facilitaron obtener un diagnóstico de cáncer a tiempo.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado médico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



63%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Buscó una segunda opinión sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



64%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Como de difícil fue para usted ver a un médico sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Nada difícil
- ☐ Un poco difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



65%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con el tratamiento del cáncer.

¿Pudo iniciar el tratamiento a tiempo con la recomendación de su médico?

- ☐ Sí
- ☐ No, el inicio de mi tratamiento se retrasó (p. ej., elegí retrasarlo o mi proveedor no estaba disponible)
- ☐ No, elegí no hacerme el tratamiento médico.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



68%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó durante el tratamiento del cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para el tratamiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

If respondents select problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

If respondents select that they didn't have any problems, they will see:

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la obtención de atención médica para su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude manejar los efectos secundarios
- ☐ Pude pagar la atención médica
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida
- ☐ Tuve una vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude ausentarme del trabajo para citas y atención médica (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor por alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

[< Anterior](#)

[Siguiente >](#)

Barra de progreso



71%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Ha experimentado alguna de las siguientes dificultades para acceder a la atención o el tratamiento del cáncer debido a la pandemia de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Tuve dificultades para conseguir una cita debido a la disponibilidad limitada de citas o de la clínica.
- ☐ No asistí a una cita porque solo estaba disponible por teléfono o videollamada.
- ☐ No asistí a una cita porque me preocupaba contagiarme de COVID.
- ☐ No asistí a una cita porque di positivo por COVID
- ☐ No pude llegar a una cita porque mi cuidador no pudo acompañarme (p. ej., debido a restricciones de contacto, no querer contagiarse de COVID-19, o el cuidador era un trabajador esencial y no podía tomarse tiempo libre del trabajo).
- ☐ Mi cita fue pospuesta.
- ☐ Mi cita fue cancelada.
- ☐ Tuve problemas para surtir mis recetas para tratar el cáncer.
- ☐ Otras dificultades – Por favor especifique:
- ☐ No tuve ninguna dificultad para recibir atención y tratamiento oportunos contra el cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



72%

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué precauciones tomó su proveedor mientras usted recibía tratamiento durante la pandemia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Exigió el uso de mascarillas
- ☐ Agregó desinfectante de manos a la sala de espera y/o salas de examen
- ☐ Implementó medidas de distanciamiento social en la sala de espera
- ☐ Limitó el número de familiares que podrían acompañarme a las citas
- ☐ Mantuvo la sala de espera cerrada (paciente ingresaba por teléfono)
- ☐ Limitó el número de pacientes que podía haber en el consultorio/redujo la cantidad de citas diarias
- ☐ Exigió evaluación de COVID (p. ej., control de temperatura, evaluación de síntomas) antes de ingresar al edificio para recibir tratamiento
- ☐ Agregó purificadores de aire a la(s) sala(s) de tratamiento
- ☐ Extendió el acceso al personal clínico (p. ej., línea de enfermeras las 24 horas, los 7 días de la semana, horario de oficina los fines de semana) para evitar visitas al departamento de emergencias debido a efectos secundarios
- ☐ Exigió que todo el personal clínico estuviera al día con sus vacunas contra el COVID
- ☐ Ofreció cita médica por videollamada
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  73%

¿Hubo alguna medida de precaución contra COVID-19 que haya sido una barrera para que usted recibiera tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  75%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación hay una lista de afirmaciones que otras personas con su enfermedad han señalado que son importantes. Seleccione su respuesta a la siguiente afirmación según corresponda a los últimos 7 días.

	Nunca	Un poco	En cierta medida	Bastante	Con mucha frecuencia
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi condición empeore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar de la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con la calidad de vida que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  76%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué tipos de tratamiento del cáncer ha recibido? Si le han diagnosticado cáncer más de una vez, considere el tratamiento para su diagnóstico más reciente de cáncer breast. Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Quimioterapia intravenosa
- ☐ Quimioterapia oral
- ☐ Radiación
- ☐ Cirugía
- ☐ Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
- ☐ Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
- ☐ Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)
- ☐ Trasplante de médula ósea o células madre
- ☐ Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No he recibido ningún tratamiento médico contra el cáncer

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



77%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione si ha completado los siguientes tratamientos para su breast.

	Sí	No	No sé
Quimioterapia intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Aduvant, Zoladex, Lupron)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de médula ósea o células madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Al elegir un curso de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de tratamientos específicos?

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, pero no mucho
- ☐ No, en absoluto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  79%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría su reacción ante el dinero que gastó en el tratamiento contra el cáncer?

Gasté...

- ☐ ...más dinero del que esperaba
- ☐ ...tanto dinero como esperaba
- ☐ ...menos dinero del que esperaba

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



80%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿qué tan informado/a se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

- ☒ Muy informado/a
- ☐ Poco informado/a
- ☐ Desinformado/a

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



82%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☒ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



84%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica le dieron toda la información relacionada con el cáncer que usted deseaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☒ A menudo
- ☐ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  85%

Realizaremos entrevistas telefónicas/en línea de 1 hora con un subconjunto de sobrevivientes de cáncer que completen esta encuesta y estén dispuestos a ofrecer su tiempo como voluntarios. El propósito de la entrevista es aprender más sobre sus experiencias desde la detección del cáncer hasta el tratamiento y más allá.

¿Le gustaría ser considerado/a para participar en una entrevista telefónica/en línea de 1 hora?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  86%

Por favor proporcione su número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  89%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

El apoyo de un ser querido, o cuidador, en la lucha contra el cáncer puede ser importante. Una persona en este rol generalmente brinda apoyo continuo, en múltiples momentos durante su tratamiento contra el cáncer.

Si tiene a alguien que se ajuste a esta descripción, ¿podemos comunicarnos con ella/él para participar en una breve encuesta? La encuesta preguntará sobre su experiencia brindando atención. Los cuidadores deben tener 18 años de edad o más para participar en la encuesta. Recibirán \$40 por completar la encuesta.

- ☐ Sí
☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor proporcione el nombre, la dirección y la dirección de correo electrónico del cuidador.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



93%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Como agradecimiento por completar esta encuesta, le proporcionaremos \$40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo VISA electrónica por correo electrónico o un cheque por correo a su casa?

El tiempo de procesamiento de una tarjeta electrónica es de aproximadamente una semana. El tiempo de procesamiento de un cheque es de aproximadamente 3-4 semanas.

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada por correo electrónico
- ☐ Cheque enviado por correo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

95%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ingrese su dirección de correo electrónico para la tarjeta de regalo electrónica de \$40:

Por favor vuelva a escribir la dirección de correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

98%

Por favor ingrese su información de contacto para que podamos enviarle un cheque de \$40 en agradecimiento por darse el tiempo para completar esta encuesta.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Código postal

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  96%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, no dude en llamarnos sin cargo al (833) 997-2714 o enviarnos un correo electrónico a CDC_CancerSurvey@rti.org. Es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente para completar otra breve encuesta. Por favor haga clic en [ENVIAR] para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso  100%

For Respondents with Cervical Cancer

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y completar esta encuesta. Solo le tomará 20 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de las dificultades o los obstáculos que puede haber enfrentado durante el proceso de atención del cáncer, desde la detección hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre el tipo de cáncer que tuvo, su edad cuando fue diagnosticado, y si tenía seguro médico. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar sobre lo que ha pasado como sobreviviente de cáncer.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder. Solo pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También es posible completar la encuesta en varias sesiones, ya que sus respuestas quedarán guardadas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso  5%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿En qué estadio se encontraba su cáncer cervical al momento del diagnóstico?

- ☐ Estadio 0
- ☐ Estadio 1
- ☐ Estadio 2
- ☐ Estadio 3
- ☐ Estadio 4
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  6%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Esta es una categoría que se basa en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Se desconoce

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué edad tiene?

- ☐ 21–24 años
- ☐ 25–29 años
- ☐ 30–34 años
- ☐ 35–39 años
- ☐ 40–44 años
- ☐ 45–49 años
- ☐ 50–54 años
- ☐ 55–59 años
- ☐ 60–64 años
- ☐ 65–69 años
- ☐ 70–74 años
- ☐ 75 years old or older

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra [por favor especifique]:
- ☐ Don't know
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil cuando le diagnosticaron cáncer cervical por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



10%

¿Cuál era su situación laboral cuando le diagnosticaron cáncer cervical por primera vez?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral actual?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



13%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en 2021?

- ☐ Menos de \$20.000
- ☐ \$20.001–\$40.000
- ☐ \$40.001–\$60.000
- ☐ \$60.001–\$80.000
- ☐ \$80.001–\$100.000
- ☐ \$100.001–\$120.000
- ☐ Mayor a \$120.000
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

¿Cuál era el estado de su seguro cuando le diagnosticaron cáncer cervical por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid/North Carolina Medicaid
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era el estado actual de su seguro cuando recibió el diagnóstico por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid/Medi-Cal
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



15%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?

- ☐ Escuela primaria o secundaria
- ☐ Grados 9 a 12, pero sin graduarme de la escuela secundaria
- ☐ Graduado/a de escuela secundaria o GED
- ☐ Universidad/escuela técnica
- ☐ Graduado/a universitario/a
- ☐ Posgrado o título profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



16%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal cuando le diagnosticaron cáncer cervical por primera vez?

- ☐ Viví en varias zonas de código postal cuando recibí el diagnóstico.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  20%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar cuando fue diagnosticado/a?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casa móvil)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía una vivienda estable (alojo en un hotel, en un albergue, vivo en la calle o en un parque, etc.)
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  21%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su hogar, lo cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Indique si la siguiente afirmación es cierta casi siempre, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupaba si se nos acabaría la comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

**Antes de su diagnóstico de cáncer cervical, ¿qué afecciones le habían diagnosticado?
Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- ☐ Artritis/reumatismo/gota
- ☐ Tumores benignos, quistes
- ☐ Otros tipos de cáncer, distintos del cáncer cervical
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas de circulación (incluidos coágulos de sangre)
- ☐ Demencia/Alzheimer
- ☐ Depresión/ansiedad/problema emocional
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia, convulsiones
- ☐ Fibromialgia, lupus
- ☐ Problemas o condiciones gastrointestinales
- ☐ Problema de audición
- ☐ Problema cardíaco
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión/presión arterial alta
- ☐ Problemas renales o vesicales
- ☐ Problema pulmonar/respiratorio (por ejemplo, asma y enfisema)
- ☐ Dolores de cabeza por migraña (no solo dolores de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis, tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson, otros temblores
- ☐ Embolia/derrame
- ☐ Problemas de tiroides, enfermedad de Graves
- ☐ Úlcera
- ☐ Problema de visión
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro impedimento/problema - Especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Le han realizado una histerectomía?

- ☐ Sí, histerectomía completa
- ☐ Sí, histerectomía parcial
- ☐ Sí, pero no sé si es histerectomía total o parcial
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  25%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Alguna vez ha dado positivo de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No
- ☐ Sí, antes de mi diagnóstico de cáncer.
- ☐ Sí, durante mi tratamiento del cáncer.
- ☐ Sí, después de mi tratamiento del cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  27%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Hay algún consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar en particular al que suele acudir si está enfermo/a o necesita asesoramiento sobre su salud (atención regular no relacionada con el cáncer)? Esto no incluye la atención recibida en salas de emergencias, centros de atención de urgencia o clínicas de farmacias/tiendas de comestibles.

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  28%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar cáncer colorrectal?

	Sí	No
Prueba de heces, excepto Cologuard		
[Incluye varios tipos de análisis de sangre en heces o sangre oculta, prueba inmunoquímica fecal o prueba FIT. Utiliza un kit en casa para recolectar una pequeña cantidad de heces y enviarla al médico o al laboratorio].	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard		
[A diferencia de otras pruebas de heces, Cologuard también es un kit que se usa en casa para recolectar muestras de heces. La prueba busca cambios en el ADN además de buscar sangre en las heces]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar solo una parte del colon. Durante el examen usted está completamente despierto/a]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar todo el colon. Usted recibe medicamento para adormecerse y luego del examen otra persona debe llevarlo a casa]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada (CT) o colonoscopia virtual		
[A diferencia de las colonoscopias regulares, no necesita medicamentos para adormecerse. Su colon se llena de aire y a usted lo/la mueven a través de una máquina de rayos X en forma de rosquilla mientras está acostado/a boca arriba y luego boca abajo]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  29%

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s):

Prueba de heces, excepto Cologuard

Cologuard

Sigmoidoscopia

Colonoscopia

Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Prueba de heces, excepto Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



30%

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p. ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer colorrectal dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  35%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer cervical.

Hay dos tipos de pruebas diferentes para detectar cáncer cervical. Una es una prueba de Papanicolaou o Papanicolaou y la otra es la prueba del VPH o Virus del Papiloma Humano.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar el cáncer cervical?

Son pruebas para mujeres en las que un médico u otro profesional de la salud toma una muestra del cuello uterino con un hisopo o un cepillo, y la envía al laboratorio.

	Sí	No	No sé
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  41%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s).

Citología cervical o prueba de Papanicolaou
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p.ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



45%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer cervical dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



46%

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al mantenerse al día con su prueba de detección de cáncer cervical?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer**
- ☐ **No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.**
- ☐ **No sentí que la prueba de detección fuera urgente** (p. ej., nunca pensé en programar una prueba de detección; la pospuse/no la hice; no he tenido ningún problema o síntoma)
- ☐ **No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección**
- ☐ **Me había vacunado contra el VPH y no creí necesitar la prueba de detección**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuve ningún problema con la programación de mi prueba de detección de cáncer cervical.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



46%

If respondents select problems, they will see:

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer**
- ☐ **No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



48%

If respondents select that they didn't encounter any problems, they will see:

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su prueba de detección de cáncer cervical

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado medico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía Vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



49%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer de mamá o con mamografías.

Una mamografía es una imagen de la mama tomada con rayos X en la que una máquina comprime el seno.

¿Alguna vez se ha hecho una mamografía para detectar el cáncer de mama?

- ☒ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



50%

Usted indicó que se hizo una mamografía.

¿Hace cuánto tiempo se realizó la mamografía MÁS RECIENTE?

- ☐ En el último año (hace menos de 12 meses)
- ☐ En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)
- ☐ En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)
- ☒ En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)
- ☐ En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)
- ☐ Hace 10 años o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



51%

¿Por qué se realizó la mamografía?

- ☒ Parte de un examen/chequeo de rutina
- ☐ Debido a un problema o síntomas
- ☐ Seguimiento de una prueba de detección (positiva)
- ☐ Otro motivo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



53%

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su mamografía dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☒ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



53%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas son sobre el proceso de obtener su diagnóstico de cáncer.

¿Recibió un diagnóstico erróneo inicial antes de su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  58%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuánto tiempo pasó entre su primera prueba (p. ej., prueba de detección positiva o prueba que se realizó debido a los síntomas) y su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Menos de 1 mes
- ☐ Un mes a menos de 2 meses
- ☐ Dos meses a menos de 3 meses
- ☐ Tres meses a menos de 6 meses
- ☐ 6 meses o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  59%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al recibir su diagnóstico de cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (por ejemplo, no había licencia por enfermedad pagada, ni horario de trabajo flexible)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Miedo al potencial diagnóstico o de escuchar el diagnóstico sin la presencia de un ser querido**
- ☐ **Otro**
- ☐ **Recibí un diagnóstico oportuno / no tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents select problems, they will see:

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  61%

If respondents select that they did not experience any problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que le facilitaron obtener un diagnóstico de cáncer a tiempo.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado médico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



63%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Buscó una segunda opinión sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  64%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Como de difícil fue para usted ver a un médico sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Nada difícil
- ☐ Un poco difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  65%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con el tratamiento del cáncer.

¿Pudo iniciar el tratamiento a tiempo con la recomendación de su médico?

- ☐ Sí
- ☐ No, el inicio de mi tratamiento se retrasó (p. ej., elegí retrasarlo o mi proveedor no estaba disponible)
- ☐ No, elegí no hacerme el tratamiento médico.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



68%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó durante el tratamiento del cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para el tratamiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

If respondents select problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

If respondents select that they didn't have any problems, they will see:

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la obtención de atención médica para su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude manejar los efectos secundarios
- ☐ Pude pagar la atención médica
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida
- ☐ Tuve una vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude ausentarme del trabajo para citas y atención médica (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor por alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

[< Anterior](#)

[Siguiente >](#)

Barra de progreso



71%

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Ha experimentado alguna de las siguientes dificultades para acceder a la atención o el tratamiento del cáncer debido a la pandemia de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Tuve dificultades para conseguir una cita debido a la disponibilidad limitada de citas o de la clínica.
- ☐ No asistí a una cita porque solo estaba disponible por teléfono o videollamada.
- ☐ No asistí a una cita porque me preocupaba contagiarme de COVID.
- ☐ No asistí a una cita porque di positivo por COVID
- ☐ No pude llegar a una cita porque mi cuidador no pudo acompañarme (p. ej., debido a restricciones de contacto, no querer contagiarse de COVID-19, o el cuidador era un trabajador esencial y no podía tomarse tiempo libre del trabajo).
- ☐ Mi cita fue pospuesta.
- ☐ Mi cita fue cancelada.
- ☐ Tuve problemas para surtir mis recetas para tratar el cáncer.
- ☐ Otras dificultades – Por favor especifique:
- ☐ No tuve ninguna dificultad para recibir atención y tratamiento oportunos contra el cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



72%

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué precauciones tomó su proveedor mientras usted recibía tratamiento durante la pandemia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Exigió el uso de mascarillas
- ☐ Agregó desinfectante de manos a la sala de espera y/o salas de examen
- ☐ Implementó medidas de distanciamiento social en la sala de espera
- ☐ Limitó el número de familiares que podrían acompañarme a las citas
- ☐ Mantuvo la sala de espera cerrada (paciente ingresaba por teléfono)
- ☐ Limitó el número de pacientes que podía haber en el consultorio/redujo la cantidad de citas diarias
- ☐ Exigió evaluación de COVID (p. ej., control de temperatura, evaluación de síntomas) antes de ingresar al edificio para recibir tratamiento
- ☐ Agregó purificadores de aire a la(s) sala(s) de tratamiento
- ☐ Extendió el acceso al personal clínico (p. ej., línea de enfermeras las 24 horas, los 7 días de la semana, horario de oficina los fines de semana) para evitar visitas al departamento de emergencias debido a efectos secundarios
- ☐ Exigió que todo el personal clínico estuviera al día con sus vacunas contra el COVID
- ☐ Ofreció cita médica por videollamada
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

¿Hubo alguna medida de precaución contra COVID-19 que haya sido una barrera para que usted recibiera tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



75%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación hay una lista de afirmaciones que otras personas con su enfermedad han señalado que son importantes. Seleccione su respuesta a la siguiente afirmación según corresponda a los últimos 7 días.

	Nunca	Un poco	En cierta medida	Bastante	Con mucha frecuencia
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi condición empeore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duermo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar de la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con la calidad de vida que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  76%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué tipos de tratamiento del cáncer ha recibido? Si le han diagnosticado cáncer más de una vez, considere el tratamiento para su diagnóstico más reciente de cáncer cervical. Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Quimioterapia intravenosa
- ☐ Quimioterapia oral
- ☐ Radiación
- ☐ Cirugía
- ☐ Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
- ☐ Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
- ☐ Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)
- ☐ Trasplante de médula ósea o células madre
- ☐ Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No he recibido ningún tratamiento médico contra el cáncer

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  76%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione si ha completado los siguientes tratamientos para su cervical.

	Sí	No	No sé
Quimioterapia intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trasplante de médula ósea o células madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Al elegir un curso de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de tratamientos específicos?

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, pero no mucho
- ☐ No, en absoluto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  79%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría su reacción ante el dinero que gastó en el tratamiento contra el cáncer?

Gasté...

- ☐ ...más dinero del que esperaba
- ☐ ...tanto dinero como esperaba
- ☐ ...menos dinero del que esperaba

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



80%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿qué tan informado/a se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

- ☒ Muy informado/a
- ☐ Poco informado/a
- ☐ Desinformado/a

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



82%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☒ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



84%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica le dieron toda la información relacionada con el cáncer que usted deseaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☒ A menudo
- ☐ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  85%

Realizaremos entrevistas telefónicas/en línea de 1 hora con un subconjunto de sobrevivientes de cáncer que completen esta encuesta y estén dispuestos a ofrecer su tiempo como voluntarios. El propósito de la entrevista es aprender más sobre sus experiencias desde la detección del cáncer hasta el tratamiento y más allá.

¿Le gustaría ser considerado/a para participar en una entrevista telefónica/en línea de 1 hora?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  86%

Por favor proporcione su número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



89%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

El apoyo de un ser querido, o cuidador, en la lucha contra el cáncer puede ser importante. Una persona en este rol generalmente brinda apoyo continuo, en múltiples momentos durante su tratamiento contra el cáncer.

Si tiene a alguien que se ajuste a esta descripción, ¿podemos comunicarnos con ella/él para participar en una breve encuesta? La encuesta preguntará sobre su experiencia brindando atención. Los cuidadores deben tener 18 años de edad o más para participar en la encuesta. Recibirán \$40 por completar la encuesta.

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



91%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor proporcione el nombre, la dirección y la dirección de correo electrónico del cuidador.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



93%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Como agradecimiento por completar esta encuesta, le proporcionaremos \$40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo VISA electrónica por correo electrónico o un cheque por correo a su casa?

El tiempo de procesamiento de una tarjeta electrónica es de aproximadamente una semana. El tiempo de procesamiento de un cheque es de aproximadamente 3-4 semanas.

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada por correo electrónico
- ☐ Cheque enviado por correo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

95%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ingrese su dirección de correo electrónico para la tarjeta de regalo electrónica de \$40:

Por favor vuelva a escribir la dirección de correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

98%

Por favor ingrese su información de contacto para que podamos enviarle un cheque de \$40 en agradecimiento por darse el tiempo para completar esta encuesta.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Código postal

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



96%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, no dude en llamarnos sin cargo al (833) 997-2714 o enviarnos un correo electrónico a CDC_CancerSurvey@rti.org. Es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente para completar otra breve encuesta. Por favor haga clic en [ENVIAR] para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso



100%

For Respondents with Colorectal Cancer

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Gracias por aceptar participar en este estudio y completar esta encuesta. Solo le tomará 20 minutos completar esta encuesta. Una vez que haya respondido y enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo de este estudio es recopilar información acerca de las dificultades o los obstáculos que puede haber enfrentado durante el proceso de atención del cáncer, desde la detección hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Esta encuesta incluye preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre el tipo de cáncer que tuvo, su edad cuando fue diagnosticado, y si tenía seguro médico. Para responder algunas de estas preguntas, deberá recordar eventos o incidentes que pueden haber ocurrido hace algunos años.

Aunque probablemente sea difícil recordar las respuestas haga lo mejor que pueda. No hay respuestas correctas ni incorrectas para ninguna de estas preguntas. Solo debe informar sobre lo que ha pasado como sobreviviente de cáncer.

La participación en este estudio es voluntaria. Las preguntas a las que responda no afectarán su atención médica. Puede saltar cualquier pregunta que no desee responder. Solo pase a la siguiente pregunta. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También es posible completar la encuesta en varias sesiones, ya que sus respuestas quedarán guardadas. Participar en este estudio tiene riesgos mínimos. Algunas de las preguntas de la encuesta pueden resultarle molestas, pero no tiene que responderlas. Existen medidas de protección para mantener sus datos lo más seguros posible.



Siguiente >

Barra de progreso  5%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿En qué estadio se encontraba su cáncer colorectal al momento del diagnóstico?

- ☐ Estadio 0
- ☐ Estadio 1
- ☐ Estadio 2
- ☐ Estadio 3
- ☐ Estadio 4
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  6%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su sexo biológico? Esta es una categoría que se basa en su certificado de nacimiento original.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Se desconoce

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué edad tiene?

- ☐ 21–24 años
- ☐ 25–29 años
- ☐ 30–34 años
- ☐ 35–39 años
- ☐ 40–44 años
- ☐ 45–49 años
- ☐ 50–54 años
- ☐ 55–59 años
- ☐ 60–64 años
- ☐ 65–69 años
- ☐ 70–74 años
- ☐ 75 years old or older

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



7%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
- ☐ Asiático/a
- ☐ Negro/a o afroamericano/a
- ☐ Hispana o Latina o Latinx/e
- ☐ Del Medio Oriente o Norteafricano/a
- ☐ Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
- ☐ Blanco/a
- ☐ Otra [por favor especifique]:
- ☐ Don't know
- ☐ Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



8%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su estado civil cuando le diagnosticaron cáncer colorectal por primera vez?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

¿Cuál es su estado civil actual?

- ☐ Nunca me casé
- ☐ Casado/a
- ☐ Convivencia en unión libre / cohabitación
- ☐ Viudo/a
- ☐ Separado/a o divorciado/a

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



10%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral cuando le diagnosticaron cáncer colorectal por primera vez?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



11%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su situación laboral actual?

- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
- ☐ Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
- ☐ Jubilado/a
- ☐ Amo/a de casa
- ☐ Estudiante
- ☐ Sin trabajo durante 1 año o más
- ☐ Sin trabajo durante menos de 1 año.
- ☐ Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



13%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en 2021?

- ☐ Menos de \$20.000
- ☐ \$20.001–\$40.000
- ☐ \$40.001–\$60.000
- ☐ \$60.001–\$80.000
- ☐ \$80.001–\$100.000
- ☐ \$100.001–\$120.000
- ☐ Mayor a \$120.000
- ☐ No lo sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era el estado de su seguro cuando le diagnosticaron cáncer colorectal por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lapso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era el estado actual de su seguro cuando recibió el diagnóstico por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Sin seguro
- ☐ Lاپso en la cobertura
- ☐ Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
- ☐ Medicaid
- ☐ Medicare/Medicare Advantage
- ☐ Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
- ☐ Otro [especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  15%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?

- ☐ Escuela primaria o secundaria
- ☐ Grados 9 a 12, pero sin graduarme de la escuela secundaria
- ☐ Graduado/a de escuela secundaria o GED
- ☐ Universidad/escuela técnica
- ☐ Graduado/a universitario/a
- ☐ Posgrado o título profesional

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  16%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál era su código postal cuando le diagnosticaron cáncer colorectal por primera vez?

- ☐ Viví en varias zonas de código postal cuando recibí el diagnóstico.
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  20%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar cuando fue diagnosticado/a?

- ☐ Una casa unifamiliar separada de otras casas (incluye casa móvil)
- ☐ Una casa unifamiliar unida a una o más casas (p. ej., casa adosada, dúplex)
- ☐ Un edificio de apartamentos, un complejo de apartamentos o un condominio
- ☐ No tenía una vivienda estable (alojo en un hotel, en un albergue, vivo en la calle o en un parque, etc.)
- ☐ Otro (por favor especifique):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  21%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Piense en su hogar, lo cual incluye a todas las personas que viven con usted.

Indique si la siguiente afirmación es cierta casi siempre, algunas veces o nunca.

“En los últimos 12 meses, nos preocupaba si se nos acabaría la comida antes de tener dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

“En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no duraba y no teníamos dinero para comprar más”.

- ☐ Casi siempre
- ☐ Algunas veces
- ☐ Nunca

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



23%

**Antes de su diagnóstico de cáncer colorectal, ¿qué afecciones le habían diagnosticado?
Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- ☐ Artritis/reumatismo/gota
- ☐ Tumores benignos, quistes
- ☐ Otros tipos de cáncer, distintos del cáncer colorectal
- ☐ Dolor crónico
- ☐ Problemas de circulación (incluidos coágulos de sangre)
- ☐ Demencia/Alzheimer
- ☐ Depresión/ansiedad/problema emocional
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia, convulsiones
- ☐ Fibromialgia, lupus
- ☐ Problemas o condiciones gastrointestinales
- ☐ Problema de audición
- ☐ Problema cardíaco
- ☐ Hernia
- ☐ Hipertensión/presión arterial alta
- ☐ Problemas renales o vesicales
- ☐ Problema pulmonar/respiratorio (por ejemplo, asma y enfisema)
- ☐ Dolores de cabeza por migraña (no solo dolores de cabeza)
- ☐ Esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular (DM)
- ☐ Osteoporosis, tendinitis
- ☐ Enfermedad de Parkinson, otros temblores
- ☐ Embolia/derrame
- ☐ Problemas de tiroides, enfermedad de Graves
- ☐ Úlcera
- ☐ Problema de visión
- ☐ Problema de peso
- ☐ Otro impedimento/problema - Especifique uno:
- ☐ Ninguna de las anteriores

[< Anterior](#)

[Siguiente >](#)

Barra de progreso



23%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Le han realizado una histerectomía?

- ☐ Sí, histerectomía completa
- ☐ Sí, histerectomía parcial
- ☐ Sí, pero no sé si es histerectomía total o parcial
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  25%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Alguna vez ha dado positivo de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ No
- ☐ Sí, antes de mi diagnóstico de cáncer.
- ☐ Sí, durante mi tratamiento del cáncer.
- ☐ Sí, después de mi tratamiento del cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  27%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Hay algún consultorio médico, clínica, centro de salud u otro lugar en particular al que suele acudir si está enfermo/a o necesita asesoramiento sobre su salud (atención regular no relacionada con el cáncer)? Esto no incluye la atención recibida en salas de emergencias, centros de atención de urgencia o clínicas de farmacias/tiendas de comestibles.

- ☐ No
☐ Sí

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

28%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar cáncer colorrectal?

	Sí	No
Prueba de heces, excepto Cologuard		
[Incluye varios tipos de análisis de sangre en heces o sangre oculta, prueba inmunoquímica fecal o prueba FIT. Utiliza un kit en casa para recolectar una pequeña cantidad de heces y enviarla al médico o al laboratorio].	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard		
[A diferencia de otras pruebas de heces, Cologuard también es un kit que se usa en casa para recolectar muestras de heces. La prueba busca cambios en el ADN además de buscar sangre en las heces]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar solo una parte del colon. Durante el examen usted está completamente despierto/a]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia		
[El médico inserta un tubo en el recto para revisar todo el colon. Usted recibe medicamento para adormecerse y luego del examen otra persona debe llevarlo a casa]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada (CT) o colonoscopia virtual		
[A diferencia de las colonoscopias regulares, no necesita medicamentos para adormecerse. Su colon se llena de aire y a usted lo/la mueven a través de una máquina de rayos X en forma de rosquilla mientras está acostado/a boca arriba y luego boca abajo]	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

29%

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s):

Prueba de heces, excepto Cologuard

Cologuard

Sigmoidoscopia

Colonoscopia

Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Prueba de heces, excepto Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cologuard	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



30%

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p. ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Sigmoidoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonoscopia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



34%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer colorrectal dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  35%

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas que enfrentó al mantenerse al día con su prueba de detección de cáncer colorrectal?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer**
- ☐ **No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no estaban aceptando nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.**
- ☐ **No sentí que la prueba de detección fuera urgente** (p. ej., nunca pensé en programar una prueba de detección; la pospuse/no la hice; no he tenido ningún problema o síntoma)
- ☐ **No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuve ningún problema con la programación de mi prueba de detección de cáncer colorrectal**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  36%

If respondents select problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▾

[Guardar y continuar más tarde](#)

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el “1” para el problema de mas importancia.

- ☐ No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
- ☐ Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
- ☐ No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ La información médica era demasiado difícil de entender
- ☐ Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
- ☐ No sentí que la prueba de detección fuera urgente (p. ej., nunca pensé en programar una prueba de detección; la pospuse/no la hice; no he tenido ningún problema o síntoma)
- ☐ No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
- ☐ Otro

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso 38%

If they respond they did not encounter any problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su prueba de detección de cáncer colorrectal.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado médico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía Vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



38%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer cervical.

Hay dos tipos de pruebas diferentes para detectar cáncer cervical. Una es una prueba de Papanicolaou o Papanicolaou y la otra es la prueba del VPH o Virus del Papiloma Humano.

¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar el cáncer cervical?

Son pruebas para mujeres en las que un médico u otro profesional de la salud toma una muestra del cuello uterino con un hisopo o un cepillo, y la envía al laboratorio.

	Sí	No	No sé
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



41%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s).

Citología cervical o prueba de Papanicolaou
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano

Para cada prueba, ¿cuánto tiempo ha pasado desde que se realizó la prueba MÁS RECIENTE utilizando el método seleccionado?

	En el último año (hace menos de 12 meses)	En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)	En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)	En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)	En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)	Hace más de 10 años
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Por qué se realizó esta prueba?

	Parte de un examen/chequeo de rutina	Debido a un problema o síntomas	Seguimiento de una prueba de detección (positiva)	Otro motivo (p.ej., antecedentes familiares, predisposición genética)
Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  45%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer cervical dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  46%

Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer de mamá o con mamografías.

Una mamografía es una imagen de la mama tomada con rayos X en la que una máquina comprime el seno.

¿Alguna vez se ha hecho una mamografía para detectar el cáncer de mama?

- ☒ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  50%

Usted indicó que se hizo una mamografía.

¿Hace cuánto tiempo se realizó la mamografía MÁS RECIENTE?

- ☐ En el último año (hace menos de 12 meses)
- ☐ En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)
- ☐ En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)
- ☒ En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)
- ☐ En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)
- ☐ Hace 10 años o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  51%

¿Por qué se realizó la mamografía?

- ☒ Parte de un examen/chequeo de rutina
- ☐ Debido a un problema o síntomas
- ☐ Seguimiento de una prueba de detección (positiva)
- ☐ Otro motivo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  53%

Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su mamografía dentro de un plazo razonable?

- ☐ Sí
- ☒ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  53%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas son sobre el proceso de obtener su diagnóstico de cáncer.

¿Recibió un diagnóstico erróneo inicial antes de su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  58%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuánto tiempo pasó entre su primera prueba (p. ej., prueba de detección positiva o prueba que se realizó debido a los síntomas) y su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Menos de 1 mes
- ☐ Un mes a menos de 2 meses
- ☐ Dos meses a menos de 3 meses
- ☐ Tres meses a menos de 6 meses
- ☐ 6 meses o más
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  59%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al recibir su diagnóstico de cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (por ejemplo, no había licencia por enfermedad pagada, ni horario de trabajo flexible)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia; no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Miedo al potencial diagnóstico o de escuchar el diagnóstico sin la presencia de un ser querido**
- ☐ **Otro**
- ☐ **Recibí un diagnóstico oportuno / no tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



60%

If respondents select problems, they will see:

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  61%

If respondents select that they did not experience any problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione los 5 factores principales que le facilitaron obtener un diagnóstico de cáncer a tiempo.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude pagar el cuidado médico
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
- ☐ Tenía vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Tenía acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



63%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Buscó una segunda opinión sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  64%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Como de difícil fue para usted ver a un médico sobre su diagnóstico de cáncer?

- ☐ Nada difícil
- ☐ Un poco difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  65%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Las siguientes preguntas se relacionan con el tratamiento del cáncer.

¿Pudo iniciar el tratamiento a tiempo con la recomendación de su médico?

- ☐ Sí
- ☐ No, el inicio de mi tratamiento se retrasó (p. ej., elegí retrasarlo o mi proveedor no estaba disponible)
- ☐ No, elegí no hacerme el tratamiento médico.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



68%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó durante el tratamiento del cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

- ☐ **No podía pagar la atención médica** (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
- ☐ **No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención**
- ☐ **Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para el tratamiento**
- ☐ **No entendía el idioma del médico** (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
- ☐ **La información médica era demasiado difícil de entender**
- ☐ **No pude conseguir tiempo libre del trabajo para asistir a citas ni atención médica** (p. ej., no había licencia pagada por enfermedad, ni horario de trabajo flexible, ni licencia médica)
- ☐ **No sabía a dónde ir para recibir atención** (p. ej., no tenía un médico de atención primaria o una fuente de atención habitual para referencia no estaba familiarizado/a con los profesionales de la salud locales; el consultorio local especializado estaba cerrado)
- ☐ **Se me negaron los servicios** (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**
- ☐ **Otro**
- ☐ **No tuve ningún problema.**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

If respondents select problems, they will see:

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

- ☐ **No pude conseguir cuidado para dependientes** (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
- ☐ **No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita**
- ☐ **Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario**
- ☐ **Experimenté discriminación** (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
- ☐ **Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



71%

If respondents select that they didn't have any problems, they will see:

Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la obtención de atención médica para su tratamiento contra el cáncer.

- ☐ Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
- ☐ Pude manejar los efectos secundarios
- ☐ Pude pagar la atención médica
- ☐ Pude cubrir todos mis gastos como la comida
- ☐ Tuve una vivienda permanente y estable
- ☐ El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
- ☐ Acceso fácil al transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Pude ausentarme del trabajo para citas y atención médica (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
- ☐ Conectado con un proveedor por alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
- ☐ Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
- ☐ Pude hacer arreglos para el cuidado de dependientes (p. ej., para un niño, un pariente anciano o un pariente con una discapacidad), si era necesario
- ☐ Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
- ☐ Pude entender la información médica que se compartió conmigo
- ☐ Otro [por favor especifique]:

[< Anterior](#)

[Siguiente >](#)

Barra de progreso



71%

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Ha experimentado alguna de las siguientes dificultades para acceder a la atención o el tratamiento del cáncer debido a la pandemia de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Tuve dificultades para conseguir una cita debido a la disponibilidad limitada de citas o de la clínica.
- ☐ No asistí a una cita porque solo estaba disponible por teléfono o videollamada.
- ☐ No asistí a una cita porque me preocupaba contagiarme de COVID.
- ☐ No asistí a una cita porque di positivo por COVID
- ☐ No pude llegar a una cita porque mi cuidador no pudo acompañarme (p. ej., debido a restricciones de contacto, no querer contagiarse de COVID-19, o el cuidador era un trabajador esencial y no podía tomarse tiempo libre del trabajo).
- ☐ Mi cita fue pospuesta.
- ☐ Mi cita fue cancelada.
- ☐ Tuve problemas para surtir mis recetas para tratar el cáncer.
- ☐ Otras dificultades – Por favor especifique:
- ☐ No tuve ninguna dificultad para recibir atención y tratamiento oportunos contra el cáncer.

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



72%

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué precauciones tomó su proveedor mientras usted recibía tratamiento durante la pandemia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Exigió el uso de mascarillas
- ☐ Agregó desinfectante de manos a la sala de espera y/o salas de examen
- ☐ Implementó medidas de distanciamiento social en la sala de espera
- ☐ Limitó el número de familiares que podrían acompañarme a las citas
- ☐ Mantuvo la sala de espera cerrada (paciente ingresaba por teléfono)
- ☐ Limitó el número de pacientes que podía haber en el consultorio/redujo la cantidad de citas diarias
- ☐ Exigió evaluación de COVID (p. ej., control de temperatura, evaluación de síntomas) antes de ingresar al edificio para recibir tratamiento
- ☐ Agregó purificadores de aire a la(s) sala(s) de tratamiento
- ☐ Extendió el acceso al personal clínico (p. ej., línea de enfermeras las 24 horas, los 7 días de la semana, horario de oficina los fines de semana) para evitar visitas al departamento de emergencias debido a efectos secundarios
- ☐ Exigió que todo el personal clínico estuviera al día con sus vacunas contra el COVID
- ☐ Ofreció cita médica por videollamada
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

¿Hubo alguna medida de precaución contra COVID-19 que haya sido una barrera para que usted recibiera tratamiento?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



75%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

A continuación hay una lista de afirmaciones que otras personas con su enfermedad han señalado que son importantes. Seleccione su respuesta a la siguiente afirmación según corresponda a los últimos 7 días.

	Nunca	Un poco	En cierta medida	Bastante	Con mucha frecuencia
Me falta energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento dolor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tengo náuseas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me preocupa que mi condición empeore.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duelmo bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puedo disfrutar de la vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy conforme con la calidad de vida que tengo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  76%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Qué tipos de tratamiento del cáncer ha recibido? Si le han diagnosticado cáncer más de una vez, considere el tratamiento para su diagnóstico más reciente de cáncer colorectal. Seleccione todas las opciones que correspondan.

- ☐ Quimioterapia intravenosa
- ☐ Quimioterapia oral
- ☐ Radiación
- ☐ Cirugía
- ☐ Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
- ☐ Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
- ☐ Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)
- ☐ Trasplante de médula ósea o células madre
- ☐ Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)
- ☐ Otro – Por favor especifique:
- ☐ No he recibido ningún tratamiento médico contra el cáncer

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  76%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor seleccione si ha completado los siguientes tratamientos para su colorectal.

	Sí	No	No sé
Quimioterapia intravenosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radiación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tipo de terapia biológica (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Al elegir un curso de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de tratamientos específicos?

- ☐ Sí, bastante
- ☐ Sí, pero no mucho
- ☐ No, en absoluto

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  79%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

¿Cómo describiría su reacción ante el dinero que gastó en el tratamiento contra el cáncer?

Gasté...

- ☐ ...más dinero del que esperaba
- ☐ ...tanto dinero como esperaba
- ☐ ...menos dinero del que esperaba

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



80%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿qué tan informado/a se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

- ☒ Muy informado/a
- ☐ Poco informado/a
- ☐ Desinformado/a

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



82%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ A menudo
- ☒ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



84%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica le dieron toda la información relacionada con el cáncer que usted deseaba?

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☒ A menudo
- ☐ Siempre

Por favor, describa su experiencia (opcional):

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  85%

Realizaremos entrevistas telefónicas/en línea de 1 hora con un subconjunto de sobrevivientes de cáncer que completen esta encuesta y estén dispuestos a ofrecer su tiempo como voluntarios. El propósito de la entrevista es aprender más sobre sus experiencias desde la detección del cáncer hasta el tratamiento y más allá.

¿Le gustaría ser considerado/a para participar en una entrevista telefónica/en línea de 1 hora?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  86%

Por favor proporcione su número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  89%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

El apoyo de un ser querido, o cuidador, en la lucha contra el cáncer puede ser importante. Una persona en este rol generalmente brinda apoyo continuo, en múltiples momentos durante su tratamiento contra el cáncer.

Si tiene a alguien que se ajuste a esta descripción, ¿podemos comunicarnos con ella/él para participar en una breve encuesta? La encuesta preguntará sobre su experiencia brindando atención. Los cuidadores deben tener 18 años de edad o más para participar en la encuesta. Recibirán \$40 por completar la encuesta.

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor proporcione el nombre, la dirección y la dirección de correo electrónico del cuidador.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Dirección de correo electrónico:

Vuelva a escribir el correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



93%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Como agradecimiento por completar esta encuesta, le proporcionaremos \$40. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo VISA electrónica por correo electrónico o un cheque por correo a su casa?

El tiempo de procesamiento de una tarjeta electrónica es de aproximadamente una semana. El tiempo de procesamiento de un cheque es de aproximadamente 3-4 semanas.

- ☐ Tarjeta de regalo electrónica enviada por correo electrónico
- ☐ Cheque enviado por correo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

95%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ingrese su dirección de correo electrónico para la tarjeta de regalo electrónica de \$40:

Por favor vuelva a escribir la dirección de correo electrónico para confirmar:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

98%

Por favor ingrese su información de contacto para que podamos enviarle un cheque de \$40 en agradecimiento por darse el tiempo para completar esta encuesta.

Nombre:

Dirección de la calle, línea 1:

Dirección de la calle, línea 2:

Ciudad:

Estado:

Código postal

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



96%

CDC Barriers Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Si tiene alguna pregunta sobre la encuesta, no dude en llamarnos sin cargo al (833) 997-2714 o enviarnos un correo electrónico a CDC_CancerSurvey@rti.org. Es posible que nos comuniquemos con usted nuevamente para completar otra breve encuesta. Por favor haga clic en [ENVIAR] para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso



100%