

Attachment 2d.

Wave 1 Survivor Survey (paper, 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-####).

CDC APHIR Barriers Along Cancer Continuum – W1 Patient Survey

Preload variables:

- CANC_TYPE (de mama/cervical/colorrectal)
- STATE_MEDICAID (Medicaid/Medi-Cal [para California]; Medicaid/Medicaid Carolina del Norte [para CN]; Medicaid [para Texas])

Introducción.

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.

{PAGE BREAK}

MÓDULO A: DEMOGRAFÍA

A1. ¿En qué estadio se encontraba su cáncer [CANC_TYPE] al momento del diagnóstico?

1. Estadio 0
2. Estadio 1
3. Estadio 2
4. Estadio 3
5. Estadio 4
88. No sé / No puedo recordar

{PAGE BREAK}

A2. ¿Cuál es su sexo biológico? Esta es una categoría que se basa en su certificado de nacimiento original.

1. Masculino
2. Femenino
3. Prefiero no responder

{PAGE BREAK}

A3. ¿Qué edad tiene?

1. Entre 21 y 24 años
2. Entre 25 y 29 años
3. Entre 30 y 34 años
4. Entre 35 y 39 años
5. Entre 40 y 44 años
6. Entre 45 y 49 años
7. Entre 50 y 54 años
8. Entre 55 y 59 años
9. Entre 60 y 64 años
10. Entre 65 y 69 años
11. Entre 70 y 74 años
12. 75 años o más

{PAGE BREAK}

{PAGE BREAK}

A5. ¿Cuál es su raza y/o etnia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Indígena de las Américas o nativo/a de Alaska
2. Asiático/a
3. Negro/a o afroamericano/a
4. Hispana o Latina o Latinx/e
5. Del Medio Oriente o Norteafricano/a
6. Nativo/a de Hawái u otra de las islas del Pacífico
7. Blanco/a
8. Otra [por favor especifique]: [OPEN FIELD IF SELECTED]
88. No sé
99. Prefiero no responder

{PAGE BREAK}

A6. ¿Cuál era su estado civil cuando le diagnosticaron cáncer [CANC-TYPE] por primera vez?

1. Nunca me casé

2. Casado/a
3. Convivencia en unión libre / cohabitación
4. Viudo/a
5. Separado/a o divorciado/a

{PAGE BREAK}

A6a. ¿Cuál es su estado civil actual?

1. Nunca me casé
2. Casado/a
3. Convivencia en unión libre / cohabitación
4. Viudo/a
5. Separado/a o divorciado/a

{PAGE BREAK}

A7. ¿Cuál era su situación laboral cuando le diagnosticaron cáncer [CANC-TYPE] por primera vez?

1. Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
2. Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
3. Jubilado/a o retirado/a
4. Amo/a de casa
5. Estudiante
6. Sin trabajo durante 1 año o más
7. Sin trabajo durante menos de 1 año
8. Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

{PAGE BREAK}

A7a. ¿Cuál es su situación laboral actual?

1. Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más
2. Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas
3. Jubilado/a o retirado/a
4. Amo/a de casa
5. Estudiante
6. Sin trabajo durante 1 año o más
7. Sin trabajo durante menos de 1 año

8. Incapacitado para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

{PAGE BREAK}

A8. ¿Cuál fue el ingreso total de su hogar en 2021?

1. Menos de \$20.000
2. \$20.001-\$40.000
3. \$40.001-\$60.000
4. \$60.001-\$80.000
5. \$80.001-\$100.000
6. \$100.001-\$120.000
7. Mayor a \$120.000
88. No sé

{PAGE BREAK}

A9. ¿Cuál era el estado de su seguro cuando le diagnosticaron cáncer [CANC-TYPE] por primera vez? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Sin seguro
2. Lاپso en la cobertura
3. Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
4. [STATE_MEDICAID]
5. Medicare/Medicare Advantage
6. Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
7. Otro [especifique]: [OPEN FIELD IF SELECTED]

{PAGE BREAK}

A9a. ¿Cuál es el estado actual de su seguro? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Sin seguro
2. Lاپso en la cobertura
3. Seguro de salud privado (adquirido por su cuenta o en su trabajo o en el trabajo de su cónyuge/pareja/padres)
4. [STATE_MEDICAID]
5. Medicare/Medicare Advantage
6. Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro militar)
7. Otro [especifique]: [OPEN FIELD IF SELECTED]

{PAGE BREAK}

A10. ¿Cuál es su nivel más alto de escolaridad?

1. Escuela primaria o secundaria
2. Grados 9 a 12, pero sin graduarme de la escuela secundaria

3. Graduado/a de escuela secundaria o GED
4. Universidad/escuela técnica
5. Graduado/a universitario/a
6. Posgrado o título profesional

{PAGE BREAK}

A11. [NUMERIC] ¿Cuál era su código postal cuando le diagnosticaron cáncer [CANC_TYPE] por primera vez?

[OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

777777. Viví en varias zonas de código postal cuando recibí el diagnóstico .

888888. No sé

A11_SPEC: [SHOW IF A11=777777] Ingrese los códigos postales donde vivió.

1. [OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

2. [OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

3. [OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

{PAGE BREAK}

A12. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su hogar cuando fue diagnosticado/a?

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

{PAGE BREAK}

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

A13. 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.”

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

A14. Indique si la siguiente afirmación es cierta casi siempre, algunas veces o nunca.

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

1. Casi siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

{PAGE BREAK}

MÓDULO B: HISTORIA CLÍNICA

B1. Antes de su diagnóstico de cáncer [CANC_TYPE], ¿qué afecciones le habían diagnosticado? Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Artritis, reumatismo, o gota
2. Tumores Benignos o quistes
3. Otros tipos de cáncer, distintos del cáncer [CANC_TYPE]
4. Dolor crónico
5. Problemas de circulación (incluidos coágulos de sangre)
6. Demencia o Alzheimer
7. Depresión, ansiedad, o problema emocional
8. Diabetes
9. Epilepsia o convulsiones
10. Fibromialgia o lupus
11. Problemas o condiciones gastrointestinales
12. Problema de audición
13. Problema cardíaco
14. Hernia
15. Hipertensión o presión arterial alta
16. Problemas renales o vesicales
17. Problema pulmonar o respiratorio (por ejemplo, asma y enfisema)
18. Dolores de cabeza por migraña (no solo dolores de cabeza)
19. Esclerosis múltiple (EM) o distrofia muscular (DM)
20. Osteoporosis o tendinitis
21. Enfermedad de Parkinson o otros temblores
22. Embolia o derrame
23. Problemas de tiroides o enfermedad de Graves
24. Úlcera
25. Problema de visión
26. Problema de peso
27. Otro impedimento o problema - Especifique uno: [SHOW IF SELECTED – OPEN]
28. Ninguna de las anteriores [EXCLUSIVE SELECT]

{PAGE BREAK}

B2. [IF A2=2] ¿Le han realizado una histerectomía?

1. Sí, histerectomía completa

2. Sí, histerectomía parcial
3. Sí, pero no sé si es histerectomía total o parcial
4. No

{PAGE BREAK}

B3. ¿Alguna vez ha dado positivo de COVID-19? Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. No
2. Sí, antes de mi diagnóstico de cáncer.
3. Sí, durante mi tratamiento del cáncer.
4. Sí, después de mi tratamiento del cáncer.

B3a. [SHOW IF B3=2, 3, OR 4] ¿Fue hospitalizado/a debido al COVID-19?

1. No
2. Sí

{PAGE BREAK}

B4. ¿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.

1. Sí
2. No

{PAGE BREAK}

MÓDULO C: CÁNCER COLORRECTAL

[IF A3 = 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 CONTINUE, ELSE GO TO D1]

C1. Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer colorrectal.

C2. ¿Alguna vez se ha hecho una prueba para detectar cáncer colorrectal <u>antes de su diagnóstico</u> ?	Sí	No
C2_1. 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].	○	○

SHOW, ELSE SUPPRESS] Prueba de heces, excepto Cologuard						
C3_2. [IF C2_2 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] Cologuard	<input type="radio"/>					
C3_3. [IF C2_3 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] Sigmoidoscopia	<input type="radio"/>					
C3_4. [IF C2_4 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] Colonoscopia	<input type="radio"/>					
C3_5. [IF C2_5 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] Colonoscopia por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input type="radio"/>					

{PAGE BREAK}

C4.

¿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)
C4_1. [IF C3_3 = 1,2,3,4,5 OR 6 SHOW, ELSE SUPPRESS] Sigmoidoscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C4_2. [IF C3_4 = 1,2,3,4,5 OR 6 SHOW, ELSE SUPPRESS] Colonoscopia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C4_3. [IF C3_5 = 1,2,3,4,5 OR 6 SHOW, ELSE SUPPRESS] Colonografía por tomografía computarizada o colonoscopia virtual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

C4_1_OTH. [SHOW IF C4_1=4] Por favor especifique el motivo de su prueba de sigmoidoscopia. [Opcional] [OPEN FIELD]

C4_2_OTH. [SHOW IF C4_2=4] Por favor especifique el motivo de su prueba de colonoscopia. [Opcional] [OPEN FIELD]

C4_3_OTH. [SHOW IF C4_3=4] Por favor especifique el motivo de su colonografía o colonoscopia virtual. [Opcional] [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

C6. Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer colorrectal dentro de un plazo razonable?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

C7. ¿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.** [Programmer: Only ask for colorectal cancer patients. Suppress C7, C7_RANK, and C7_FACILITATE for breast and cervical cancer patients.]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
C7_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
C7_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
C7_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
C7_4. ___	No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
C7_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
C7_6. ___	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)
C7_7. ___	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)
C7_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no estaban aceptando nuevos pacientes)
C7_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
C7_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
C7_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
C7_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
C7_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
C7_14. ___	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)
C7_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
C7_16. ___	Otro
C7_17. ___	No tuve ningún problema con la programación de mi prueba de detección de cáncer colorrectal. [EXCLUSIVE SELECT] [Programmer: If selected, go to C7_FACILITATE.]

{PAGE BREAK}

C7_OTH. [SHOW IF C7_16 NE BLANK] Por favor describa el otro problema que enfrentó al hacerse la prueba de detección de cáncer. [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

C7_RANK. De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el “1” para el problema de mas importancia.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION C7]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
C7_RANK_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
C7_RANK_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
C7_RANK_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la

___	prueba de detección del cáncer
C7_RANK_4. ___	No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
C7_RANK_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
C7_RANK_6. ___	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)
C7_RANK_7. ___	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)
C7_RANK_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no estaban aceptando nuevos pacientes)
C7_RANK_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
C7_RANK_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
C7_RANK_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
C7_RANK_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
C7_RANK_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
C7_RANK_14. ___	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)
C7_RANK_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
C7_RANK_16.	[C7_OTH]

{PAGE BREAK}

C7_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su prueba de detección de cáncer colorrectal.

[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
C7_FACILITAT E_1	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
C7_FACILITAT E_2	Pude pagar el cuidado medico
C7_FACILITAT E_3	Pude cubrir todos mis gastos como la comida.

C7_FACILITAT E_4	Tenía vivienda permanente y estable
C7_FACILITAT E_5	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
C7_FACILITAT E_6	Tenía acceso fácil al transporte
C7_FACILITAT E_7	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
C7_FACILITAT E_8	Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
C7_FACILITAT E_9	Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
C7_FACILITAT E_10	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
C7_FACILITAT E_11	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
C7_FACILITAT E_12	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
C7_FACILITAT E_13	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
C7_FACILITAT E_14	Otro [por favor especifique]: ___OPEN TEXT FIELD

{PAGE BREAK}

MÓDULO D: CÁNCER CERVICAL

[IF A2=2 CONTINUE, ELSE GO TO E1]

D1. Las siguientes preguntas se relacionan con las pruebas de detección del cáncer cervical.

{PAGE BREAK}

D2. 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	Sí	No	No sé
--	----	----	-------

cuello uterino con un hisopo o un cepillo, y la envía al laboratorio.			
D2_1. Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2_2. Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[IF D2_1 !=1 AND D2_2!=1 GOTO D7, ELSE CONTINUE]

{PAGE BREAK}

D3. Usted indicó que se hizo la(s) siguiente(s) prueba(s).

[IF D2_1 = 1] [Citología cervical o prueba de Papanicolaou]

[IF D2_2 = 1] [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?

Prueba	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
D3_1. [IF D2_1 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3_2. [IF D2_2 = 1 SHOW, ELSE SUPPRESS] 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"/>

{PAGE BREAK}

D4.

¿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)
D4_1. [IF D3_1 = 1,2,3,4,5 OR 6 SHOW, ELSE SUPPRESS] Citología cervical o prueba de Papanicolaou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4_2. [IF D3_2 = 1,2,3,4,5 OR 6 SHOW, ELSE SUPPRESS] Prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

D4_1_OTH. [SHOW IF D4_1=4] Por favor especifique el motivo de su prueba de Papanicolaou o citología cervical.
[Opcional] [OPEN FIELD]

D4_2_OTH. [SHOW IF D4_2=4] Por favor especifique el motivo de su prueba de VPH o Virus del Papiloma Humano.
[Opcional] [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

D6. Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su examen de detección de cáncer cervical dentro de un plazo razonable?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

D7. ¿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.** [Programmer: Only ask for cervical cancer patients. Suppress D7, D7_RANK, and D7_FACILITATE for colorectal and breast cancer patients.]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
D7_1. ____	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
D7_2. ____	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
D7_3. ____	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la

	prueba de detección del cáncer
D7_4. ___	No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
D7_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
D7_6. ___	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)
D7_7. ___	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)
D7_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
D7_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
D7_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
D7_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
D7_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
D7_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
D7_14. ___	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)
D7_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
D7_16. ___	Me había vacunado contra el VPH y no creí necesitar la prueba de detección
D7_17. ___	Otro
D7_18. ___	No tuve ningún problema con la programación de mi prueba de detección de cáncer cervical. [EXCLUSIVE SELECT] [Programmer: If selected, go to D7_FACILITATE.]

{PAGE BREAK}

D7_OTH. [SHOW IF D7_17 NE BLANK] Describa el otro problema al que se enfrentó. [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

D7_RANK. De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION D7]

[Marque	
---------	--

todas las que apliquen - HASTA 5]	
D7_RANK_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
D7_RANK_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
D7_RANK_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
D7_RANK_4. ___	No entendía el idioma del médico o de las instrucciones/materiales de detección (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
D7_RANK_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
D7_RANK_6. ___	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)
D7_RANK_7. ___	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)
D7_RANK_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
D7_RANK_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
D7_RANK_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
D7_RANK_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
D7_RANK_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
D7_RANK_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
D7_RANK_14. ___	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)
D7_RANK_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
D7_RANK_16. ___	Me había vacunado contra el VPH y no creí necesitar la prueba de detección
D7_RANK_17. ___	[D7_OTH]

{PAGE BREAK}

D7_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su prueba de detección de cáncer cervical.

[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
D7_FACILITAT E_1	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
D7_FACILITAT E_2	Pude pagar el cuidado medico
D7_FACILITAT E_3	Pude cubrir todos mis gastos como la comida
D7_FACILITAT E_4	Tenía vivienda permanente y estable
D7_FACILITAT E_5	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
D7_FACILITAT E_6	Tenía acceso fácil al transporte
D7_FACILITAT E_7	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
D7_FACILITAT E_8	Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
D7_FACILITAT E_9	Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
D7_FACILITAT E_10	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
D7_FACILITAT E_11	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
D7_FACILITAT E_12	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
D7_FACILITAT E_13	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
D7_FACILITAT E_14	Otro [por favor especifique]: ___OPEN TEXT FIELD

{PAGE BREAK}

MÓDULO E: CÁNCER DE MAMA

[IF A2=2 OR A3=6,7,8,9,10,11, OR 12 CONTINUE, ELSE GOTO F1]

E1. 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?

1. Sí
2. No

[IF E1 !=1 GOTO E6, ELSE CONTINUE]

{PAGE BREAK}

E2. Usted indicó que se hizo una mamografía. ¿Hace cuánto tiempo se realizó la mamografía MÁS RECIENTE?

1. En el último año (hace menos de 12 meses)
2. En los últimos 2 años (más de 1 año, pero hace menos de 2 años)
3. En los últimos 3 años (más de 2 años, pero hace menos de 3 años)
4. En los últimos 5 años (más de 3 años, pero hace menos de 5 años)
5. En los últimos 10 años (más de 5 años, pero hace menos de 10 años)
6. Hace 10 años o más
88. No sé

[IF E2 =88 OR 99 GOTO E6, ELSE CONTINUE]

{PAGE BREAK}

E3. ¿Por qué se realizó la mamografía?

1. Parte de un examen/chequeo de rutina
2. Debido a un problema o síntomas
3. Seguimiento de una prueba de detección (positiva)
4. Otro motivo (p. ej. antecedentes familiares, predisposición genética)

E3_OTH. [SHOW IF E3=4] Por favor especifique el motivo de su mamografía. [Opcional] [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

E5. Antes de su diagnóstico, ¿pudo programar su mamografía dentro de un plazo razonable?

1. Sí
2. No

{PAGE BREAK}

E6. ¿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.** [Programmer: Only ask for breast cancer patients. Suppress E6, E6_RANK, and E6_FACILITATE for colorectal and cervical cancer patients.]

[Marque todas las que	
-----------------------	--

apliquen - HASTA 5]	
E6_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
E6_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
E6_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
E6_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
E6_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
E6_6. ___	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)
E6_7. ___	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)
E6_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
E6_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
E6_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
E6_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
E6_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
E6_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
E6_14. ___	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)
E6_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
E6_16. ___	Otro
E6_17. ___	No tuve ningún problema con la programación de mi examen de detección de cáncer de mama. [EXCLUSIVE SELECT] [Programmer: If selected, go to E6_FACILITATE.]

{PAGE BREAK}

E6_OTH. [SHOW IF E6_16 NE BLANK] Por favor describa el otro problema que enfrentó. [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

E6_RANK. De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION E6]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
E6_RANK_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
E6_RANK_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención médica
E6_RANK_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme la prueba de detección del cáncer
E6_RANK_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
E6_RANK_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
E6_RANK_6. ___	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)
E6_RANK_7. ___	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)
E6_RANK_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
E6_RANK_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
E6_RANK_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
E6_RANK_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
E6_RANK_12. ___	Experimenté discriminación (p. ej., racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
E6_RANK_13. ___	Tenía miedo del potencial diagnóstico, incomodidad, vergüenza o dolor asociado con el procedimiento de detección.
E6_RANK_14. ___	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)
E6_RANK_15. ___	No sabía que la necesitaba/el médico no dijo que era necesario realizar una prueba de detección
E6_RANK_16. ___	[E6_OTH]

{PAGE BREAK}

E6_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la realización a tiempo de su mamografía.

[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5] Respuesta numérica - hasta 5
E6_FACILITAT E_1	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
E6_FACILITAT E_2	Pude pagar el cuidado medico
E6_FACILITAT E_3	Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
E6_FACILITAT E_4	Tenía vivienda permanente y estable
E6_FACILITAT E_5	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
E6_FACILITAT E_6	Tenía acceso fácil al transporte
E6_FACILITAT E_7	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
E6_FACILITAT E_8	Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
E6_FACILITAT E_9	Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
E6_FACILITAT E_10	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
E6_FACILITAT E_11	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
E6_FACILITAT E_12	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
E6_FACILITAT E_13	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
E6_FACILITAT E_14	Otro [por favor especifique]: ___OPEN TEXT FIELD

{PAGE BREAK}

MÓDULO F: DIAGNÓSTICO

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

F1. ¿Recibió un diagnóstico erróneo inicial antes de su diagnóstico de cáncer?

1. Sí

2. No

{PAGE BREAK}

F2. ¿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?

1. Menos de 1 mes
 2. Un mes a menos de 2 meses
 3. Dos meses a menos de 3 meses
 4. Tres meses a menos de 6 meses
 5. 6 meses o más
88. No sé

{PAGE BREAK}

F3. ¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó al recibir su diagnóstico de cáncer? **Puede seleccionar hasta 5 razones principales.**

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
F3_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
F3_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención
F3_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento
F3_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
F3_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
F3_6. ___	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)
F3_7. ___	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)
F3_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
F3_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
F3_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita

F3_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
F3_12. ___	Experimenté discriminación (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
F3_13. ___	Miedo al potencial diagnóstico o de escuchar el diagnóstico sin la presencia de un ser querido
F3_14. ___	Otro
F3_15. ___	No tuve ningún problema. [EXCLUSIVE SELECT] [Programmer: If selected, go to F3_FACILITATE.]

{PAGE BREAK}

F3_OTH. [SHOW IF F3_14 NE BLANK] Describa el otro problema al que se enfrentó cuando le diagnosticaron cáncer.
[OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

F3_RANK. De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el "1" para el problema de mas importancia.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION F3]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
F3_RANK_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
F3_RANK_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención
F3_RANK_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para realizarme el procedimiento
F3_RANK_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
F3_RANK_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
F3_RANK_6. ___	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)
F3_RANK_7. ___	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)
F3_RANK_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)

F3_RANK_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
F3_RANK_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
F3_RANK_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
F3_RANK_12. ___	Experimenté discriminación (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
F3_RANK_13. ___	Miedo al potencial diagnóstico o de escuchar el diagnóstico sin la presencia de un ser querido
F3_RANK_14. ___	[F3_OTH]

{PAGE BREAK}

F3_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que le facilitaron obtener un diagnóstico de cáncer a tiempo.

[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
F3_FACILITAT E_1	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
F3_FACILITAT E_2	Pude pagar el cuidado medico
F3_FACILITAT E_3	Pude cubrir todos mis gastos como la comida.
F3_FACILITAT E_4	Tenía vivienda permanente y estable
F3_FACILITAT E_5	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
F3_FACILITAT E_6	Tenía acceso fácil al transporte
F3_FACILITAT E_7	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
F3_FACILITAT E_8	Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
F3_FACILITAT E_9	Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
F3_FACILITAT E_10	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
F3_FACILITAT E_11	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
F3_FACILITAT	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista

E_12	
F3_FACILITAT E_13	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
F3_FACILITAT E_14	Otro [por favor especifique]: ___OPEN TEXT FIELD

{PAGE BREAK}

F4. ¿Buscó una segunda opinión sobre su diagnóstico de cáncer?

1. Sí → Go to F4a
2. No

F4a. ¿Pudo recibir una segunda opinión de manera oportuna (p. ej., dentro de 3 semanas)?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

F5. ¿Como de difícil fue para usted ver a un médico sobre su diagnóstico de cáncer?

1. Nada difícil
2. Un poco difícil
3. Difícil
4. Muy difícil

{PAGE BREAK}

MÓDULO G: TRATAMIENTO

G1. Las siguientes preguntas se relacionan con el tratamiento del cáncer.

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

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

G1_SPEC1. [SHOW IF G1=2] Por favor especifique por qué se retrasó el inicio del tratamiento (Opcional): [OPEN FIELD]

G1_SPEC2. [SHOW IF G1=3] Por favor especifique qué está haciendo o estaba haciendo como alternativa al tratamiento médico, si es que está o estaba haciendo algo (Opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

G2. ¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó durante el tratamiento del cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 razones principales.

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	
G2_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
G2_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención
G2_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para el tratamiento
G2_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
G2_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
G2_6. ___	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)
G2_7. ___	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)
G2_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
G2_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
G2_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
G2_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
G2_12. ___	Experimenté discriminación (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
G2_13. ___	Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable
G2_14. ___	Otro
G2_15. ___	No tuve ningún problema. [EXCLUSIVE SELECT] [Programmer: If selected, go to G2_FACILITATE.]

{PAGE BREAK}

G2_OTH. [SHOW IF G2_14 NE BLANK] Describa el otro problema que enfrentó durante su tratamiento contra el cáncer.
[OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

G2_RANK. De los principales problemas que selecciono, por favor clasifíquelos en orden de importancia, notando el “1” para el problema de mas importancia.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION G2]

[Marque todas las que apliquen - HASTA 5]	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
G2_RANK_1. ___	No podía pagar la atención médica (p. ej., costaba demasiado; había otros gastos contrapuestos)
G2_RANK_2. ___	No tenía cobertura del seguro, o la compañía de seguros no aprobaría, cubriría ni pagaría la atención
G2_RANK_3. ___	Tuve problemas para conseguir transporte al consultorio del médico para el tratamiento
G2_RANK_4. ___	No entendía el idioma del médico (p. ej., otro idioma sin acceso a interpretación)
G2_RANK_5. ___	La información médica era demasiado difícil de entender
G2_RANK_6. ___	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)
G2_RANK_7. ___	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)
G2_RANK_8. ___	Se me negaron los servicios (p. ej., profesional de la salud fuera de la red, no aceptaba nuevos pacientes)
G2_RANK_9. ___	No pude conseguir cuidado para dependientes (p. ej., un niño, un pariente anciano o un pariente con discapacidad)
G2_RANK_10. ___	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la cita
G2_RANK_11. ___	Tardé demasiado en conseguir una cita que se adaptara a mi horario
G2_RANK_12. ___	Experimenté discriminación (por ejemplo, racial o étnica, de género, por peso, por orientación sexual, por discapacidad)
G2_RANK_13. ___	Tenía miedo de que el tratamiento fuera muy doloroso o desagradable
G2_RANK_14. ___	[G2_OTH]

{PAGE BREAK}

G2_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron la obtención de atención médica para su tratamiento contra el cáncer.

[NUMERIC	[NUMERIC RESPONSE - UP TO 5]
----------	------------------------------

RESPONSE - UP TO 5]	
G2_FACILITAT E_1	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
G2_FACILITAT E_2	Pude manejar los efectos secundarios
G2_FACILITAT E_3	Pude pagar la atención médica
G2_FACILITAT E_4	Pude cubrir todos mis gastos como la comida
G2_FACILITAT E_5	Tuve una vivienda permanente y estable
G2_FACILITAT E_6	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
G2_FACILITAT E_7	Acceso fácil al transporte
G2_FACILITAT E_8	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
G2_FACILITAT E_9	Pude ausentarme del trabajo para citas y atención médica (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
G2_FACILITAT E_10	Conectado con un proveedor por alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
G2_FACILITAT E_11	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
G2_FACILITAT E_12	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
G2_FACILITAT E_13	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
G2_FACILITAT E_14	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
G2_FACILITAT E_15	Otro [por favor especifique]: ___ OPEN TEXT FIELD

{PAGE BREAK}

G3. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes dificultades para acceder a la atención o el tratamiento del cáncer debido a la pandemia de COVID-19? Por favor seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Tuve dificultades para conseguir una cita debido a la disponibilidad limitada de citas o de la clínica.
2. No asistí a una cita porque solo estaba disponible por teléfono o videollamada.

3. No asistí a una cita porque me preocupaba contagiarme de COVID-19.
4. No asistí a una cita porque di positivo por COVID-19.
5. 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).
6. Mi cita fue pospuesta.
7. Mi cita fue cancelada.
8. Tuve problemas para surtir mis recetas para tratar el cáncer.
9. Otras dificultades – Por favor especifique: [SHOW OPEN FIELD IF SELECTED]
10. No tuve ninguna dificultad para recibir atención y tratamiento oportunos contra el cáncer. [EXCLUSIVE]

{PAGE BREAK}

G4. ¿Qué precauciones tomó su proveedor mientras usted recibía tratamiento durante la pandemia? Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Exigió el uso de mascarillas
2. Agregó desinfectante de manos a la sala de espera y/o salas de examen
3. Implementó medidas de distanciamiento social en la sala de espera
4. Limitó el número de familiares que podrían acompañarme a las citas
5. Mantuvo la sala de espera cerrada (paciente ingresaba por teléfono)
6. Limitó el número de pacientes que podía haber en el consultorio/redujo la cantidad de citas diarias
7. Exigió evaluación de COVID (p. ej., control de temperatura, evaluación de síntomas) antes de ingresar al edificio para recibir tratamiento
8. Agregó purificadores de aire a la(s) sala(s) de tratamiento
9. 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
10. Exigió que todo el personal clínico estuviera al día con sus vacunas contra el COVID
11. Ofreció cita médica por videollamada
12. Otro – Por favor especifique: [SHOW IF SELECTED – OPEN]
88. No sé [EXCLUSIVE]

{PAGE BREAK}

G5. ¿Hubo alguna medida de precaución contra COVID-19 que haya sido una barrera para que usted recibiera tratamiento? [PROGRAMMER: SKIP if G4_88=1]

1. Sí
2. No

G5._SPEC [SHOW if G5=1] Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

G6. 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 .	1 - Nunca	2 - un poco	3 - en cierta medida	4 - bastante	5 - Con mucha frecuencia
G6_1. Me falta energía.	<input type="radio"/>				
G6_2. Siento dolor.	<input type="radio"/>				
G6_3. Tengo náuseas.	<input type="radio"/>				
G6_4. Me preocupa que mi condición empeore.	<input type="radio"/>				
G6_5. Duermo bien.	<input type="radio"/>				
G6_6. Puedo disfrutar de la vida.	<input type="radio"/>				
G6_7. Estoy conforme con la calidad de vida que tengo.	<input type="radio"/>				

{PAGE BREAK}

G7. ¿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 [**CANC_TYPE**]. Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Quimioterapia intravenosa
2. Quimioterapia oral
3. Radiación
4. Cirugía
5. 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)
6. Terapia hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
7. Medicina de precisión / terapia dirigida (usando medicamentos para atacar genes y proteínas específicos del cáncer)
8. Trasplante de médula ósea o células madre
9. Terapia complementaria y alternativa (p. ej., acupuntura, reiki)
10. Otro - Por favor especifique: [SHOW OPEN FIELD IF SELECTED]]
11. No he recibido ningún tratamiento médico contra el cáncer [EXCLUSIVE]

{PAGE BREAK}

G8. Por favor seleccione si ha completado los siguientes tratamientos para su cáncer [CANC_TYPE]. **[Programmer: For all treatment modalities selected in G7, add a column of yes/no responses, indicating they have completed or not completed treatment.**

Do not show this question to any who answered G7_11]

	¿Tratamiento completado?		
	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 - Por favor especifique: [SHOW OPEN FIELD IF SELECTED]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

{PAGE BREAK}

G9. Al elegir un curso de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de tratamientos específicos?

1. Sí, bastante
2. Sí, pero no mucho
3. No, en absoluto

{PAGE BREAK}

G10. ¿Cómo describiría su reacción ante el dinero que gastó o esta gastando en el tratamiento contra el cáncer?
Gasté/estoy gastando...

1. ... más dinero del que esperaba
2. ... tanto dinero como esperaba
3. ... menos dinero del que esperaba

{PAGE BREAK}

G11. En general, ¿qué tan informado/a se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

1. Muy informado/a
2. Poco informado/a
3. Desinformado/a

G11._OPEN [SHOW if G11=1 OR 2 OR 3] Por favor, describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

G12. En general, ¿con cuanta frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que usted tenía que decir?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. A menudo
4. Siempre

G12._OPEN [SHOW if G12=1 OR 2 OR 3 OR 4] Por favor, describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

G13. 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?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. A menudo
4. Siempre

G13._OPEN [SHOW if G13=1 OR 2 OR 3 OR 4] Por favor, describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

MÓDULO H: CONTACTO

{PAGE BREAK}

H1e. 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.

1. Sí
2. No

{PAGE BREAK}

H2. Por favor proporcione el nombre, la dirección y la dirección de correo electrónico del cuidador.

H2_1. Nombre: [OPEN]

H2_2. Dirección de la calle, línea 1: [OPEN]

H2_3. Dirección de la calle, línea 2: [OPEN]

H2_4. Ciudad [OPEN]

H2_5: Estado: [OPEN]

H2_6: Código postal [OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

H3: Dirección de correo electrónico: [OPEN]

H4: Vuelva a escribir la dirección de correo electrónico para confirmar: [OPEN]

[IF H3!= H4: La dirección de correo electrónico que proporcionó no coincide. Por favor haga clic en [Next] (siguiente) para hacer cualquier corrección.]

{PAGE BREAK}

H5_INCENT. Como agradecimiento por completar esta encuesta, le proporcionaremos \$40 dólares. ¿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.

1. Tarjeta de regalo electrónica enviada por correo electrónico
2. Cheque enviado por correo

{PAGE BREAK}

H6. [IF H5_INCENT = 2] Por favor ingrese su información de contacto para que podamos enviarle un cheque de \$40 dólares.

H6_1. Nombre: [OPEN]

H6_2. Dirección de la calle, línea 1: [OPEN]

H6_3. Dirección de la calle, línea 2: [OPEN]

H6_4. Ciudad [OPEN]

H6_5: Estado: [OPEN]

H6_6: código postal [OPEN - ALLOW 5-DIGIT ZIP CODE]

[POST LOGIC: GO TO END]

{PAGE BREAK}

H6: [IF H5_INCENT=1] Por favor ingrese su dirección de correo electrónico para la tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares: [OPEN]

H7: Por favor vuelva a escribir la dirección de correo electrónico para confirmar: [OPEN]

[IF H6 != H7: La dirección de correo electrónico que proporcionó no coincide. Por favor haga clic en [Next] (siguiente) para hacer cualquier corrección.]

{PAGE BREAK}

FIN.

¡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.

[END SURVEY- REDIRECT TO COMPLETE]

{PAGE BREAK}

