Form approved OMB # 0920-#### Exp. date MM/DD/YYYY

Attachment 3c.

Wave 2 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-####).

Guardar y continuar más tarde

Gracias por aceptar participar en este estudio.

Responder la encuesta le tomará aproximadamente 20 minutos. Una vez que haya enviado la encuesta, recibirá un cheque o una tarjeta de regalo electrónica por \$40 dólares como muestra de agradecimiento por su tiempo.

Un objetivo del presente estudio es recolectar información acerca de su experiencia como una persona a quien le diagnosticaron cáncer. Esta encuesta contiene preguntas sobre varios temas. Por ejemplo, se le preguntará sobre sus antecedentes generales y experiencias relacionadas con el tratamiento del cáncer. Lo que aprendamos de este estudio ayudará a los CDC a hacer recomendaciones para ayudar a los futuros pacientes de cáncer y a sus cuidadores.

Aunque le cueste recordar las respuestas, le solicitamos que haga su mejor esfuerzo. No hay respuestas correctas ni incorrectas a ninguna de estas preguntas. Solo debe informar sobre lo que ha pasado como sobreviviente de cáncer.

La participación en este estudio es voluntaria. Las respuestas a las preguntas de este estudio no afectarán sus prestaciones de salud. Puede saltar cualquier pregunta que desee no responder; simplemente pase a la pregunta siguiente. Puede abandonar la encuesta en cualquier momento. También puede responder la encuesta en varias sesiones, ya que se guardarán sus respuestas. 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

9%

Guardar y continuar más tarde

¿Cuál es su situación laboral actual?

O Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): 40 horas semanales o más

Spanish 🗸

Spanish 🗸

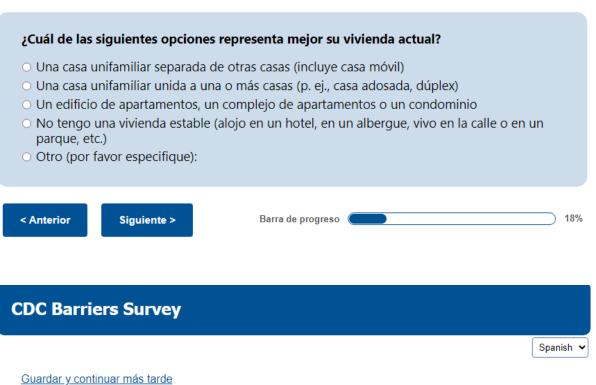
- Trabajador/a remunerado/a (incluye trabajador/a independiente): menos de 40 horas semanales
- Jubilada/o
- O Responsable del hogar
- Estudiante
- Desempleada/o
- O Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior Siguiente > Barra de progreso 14%
--

CDC Barriers Survey

Guardar y continuar más tarde						
¿Cuál es su situación actual de seguro médico? Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan.						
Sin seguro						
Lapso sin cobertura						
 Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre) 						
Medicaid/North Carolina Medicaid						
Medicare / Medicare Advantage						
Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)						
Otra [please specify]:						
< Anterior Siguiente > Barra de progreso 16%						

Guardar y continuar más tarde



Spanish ¥

¿Alguno de sus familiares es propietario de esta vivienda?

Sí

No

< Anterior</td>

Siguiente >
Barra de progreso
19%

<u>Guardar y continuar más tarde</u>	
¿Cuántas personas viven o se hos	pedan en este domicilio?
Esto incluye a cualquier persona o durante más de 2 meses, incluida,	que haya vivido o se haya hospedado en su vivienda /o usted.
Select an answer	→
< Anterior Siguiente >	Barra de progreso
CDC Barriers Survey	
Guardar y continuar más tardo	
<u>Guardar y continuar más tarde</u>	
<u>Guardar y continuar más tarde</u> En su casa, ¿usted o algún otro co	nviviente tiene acceso a internet?
En su casa, ¿usted o algún otro co	nviviente tiene acceso a internet?
<u>Guardar y continuar más tarde</u> En su casa, ¿usted o algún otro co O Sí, O No	nviviente tiene acceso a internet?
En su casa, ¿usted o algún otro co O Sí,	nviviente tiene acceso a internet?

Guardar y continuar más tarde

	Sí	No	Prefiero no responder	_			
de día?	0	0	0				
de noche?	0	0	0	_			
< Anterior	Sigu	iiente	> Barra d	e progreso			
DC Barriers	s Su	rvey	1				
							Spanish 🗸
<u>Guardar y continua</u>	ar más	<u>tarde</u>					
Cuál es su meo	dio de	e tran	sporte <u>principal</u> ?				
🔾 Caminar							
 La bicicleta 							
			che, camión, utilitario,			- cin -	
			iculo prestado por un p. ej., Uber, Lyft)	amigo, ia		cino	
-			cio de coche comparti	do (Zipca	r, Car2go)		
 Autobús o tra 	nvía						
Antro a tran.							
• Metro o tren		io de	transporte puerta a pu	erta espe	cializado e	en personas co	on
 Motocicleta 							

Spanish 🐱

		D	C
CD		Barriers	Survey
	<u> </u>		July 10

Guardar y continuar más tarde

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

Indique si las siguientes afirmaciones son ciertas generalmente, algunas veces o nunca.

"En los últimos 12 meses, nos preocupó quedarnos sin comida antes de tener dinero para comprar más".

Spanish 🗸

30%

- Generalmente cierto
- Algunas veces cierto
- Nunca cierto

"En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no alcanzaba y no teníamos dinero para comprar más".

- Generalmente cierto
- Algunas veces cierto
- Nunca cierto

< Anterior

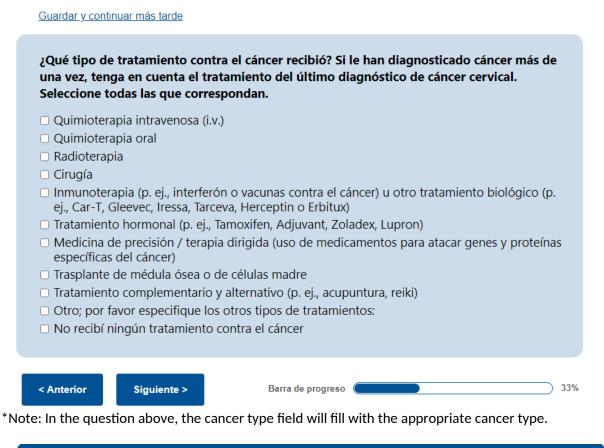
Siguiente >

Anterior	Siguiente >	Barra de progreso		28%
----------	-------------	-------------------	--	-----

CDC Barriers Survey	
	Spanish 🗸
Guardar y continuar más tarde	

¿Hay algún consultorio médico, clínica, centro de salud u otro sitio al que acuda normalmente cuando está enfermo/a o necesita asesoramiento de salud (atención general, no relacionada con el cáncer)?
Sí
No

Barra de progreso



CDC Barriers Survey	
	Spanish 🗸
Guardar y continuar más tarde	
¿Participó en algún ensayo clínico como parte de su tratamiento contra el cá	ncer?
○ Sí	
○ No	
○ No sé	
< Anterior Siguiente > Barra de progreso	36%

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

En general, ¿cuán informada/o se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

• Muy informada/o

○ Un poco

Para nada

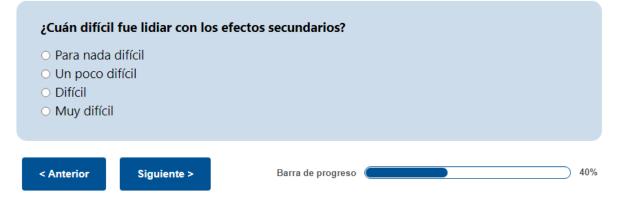
Por favor, de	escriba su experi	encia (opcional):
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso 39%

CDC Barriers Survey	
---------------------	--

Spanish 🗸

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde



Guardar y continuar más tarde

Cuando llamaba al consultorio médico o a la clínica en el horario habitual de oficina para preguntar acerca de su tratamiento contra el cáncer, ¿con qué frecuencia recibía la ayuda o el asesoramiento necesario?

Spanish 🗸

Nunca

- Algunas veces
- Generalmente
- Siempre
- O No aplica: nunca llamé al consultorio de mi médico ni a la clínica con preguntas



Spanish 🗸

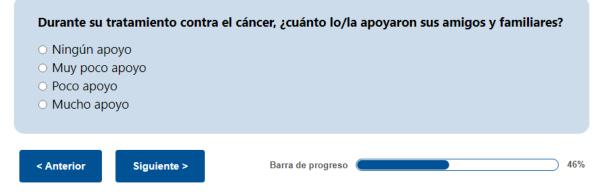
Guardar y continuar más tarde

En general, ¿con qué frecuencia salía del consultorio médico o de la clínica sin respuestas a sus preguntas relacionadas con su cáncer?

- O Nunca
- Algunas veces
- Generalmente
- Siempre

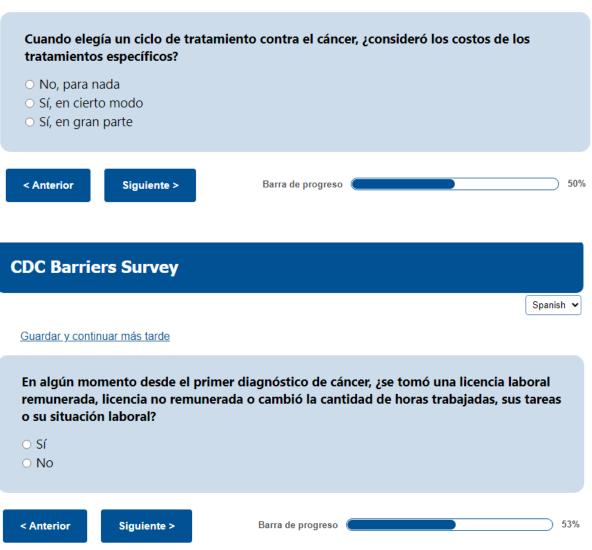
Por favor, c	lescriba su experi	ncia (opcional):
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso 45%





CDC Barriers Survey Spanish 🗸 Guardar y continuar más tarde Actualmente, ¿necesita de alguna asistencia para realizar sus actividades cotidianas? Mucha asistencia Alguna asistencia Poca asistencia • Para nada Barra de progreso 47% < Anterior Siguiente > **CDC Barriers Survey** Spanish 🗸 Guardar y continuar más tarde ¿Alguna vez conversó sobre el costo de su tratamiento contra el cáncer con sus médicos u otros proveedores de atención médica? O Sí ○ No No sé 49% Siguiente > < Anterior Barra de progreso

Guardar y continuar más tarde



Spanish ¥

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

Las siguientes preguntas tratan acerca de su experiencia en los últimos 12 meses.

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que ha pagado de su bolsillo para <u>gastos</u> <u>médicos</u> relacionados con su cáncer cervical, lo que incluye copagos, facturas del hospital, deducibles y costos de medicamentos, lo que incluye, a su vez, el tratamiento hormonal y otros medicamentos para la prevención de la recurrencia del cáncer)?

Para responder esta pregunta, tenga en cuenta sus <u>gastos de bolsillo</u> y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

- O Menos de \$500
- Entre \$500 y \$2000
- Entre \$2001 y \$5000
- Entre \$5001 y \$10 000
- O Más de \$10 000
- No sé

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que ha pagado de su bolsillo para <u>otros</u> <u>gastos</u> relacionados con su cáncer cervical, como gastos de transporte, estacionamiento, cuidado infantil/de ancianos, dieta/comida/bebida especial, etc.?

Para responder esta pregunta, tenga en cuenta sus <u>gastos de bolsillo</u> y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.



Note: as above, the appropriate cancer type will fill in.

Guardar y continuar más tarde

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

Gasté...

- ...más de lo que esperaba
- ...alrededor de lo que esperaba
- ...menos de lo que esperaba

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

59%

Spanish 🗸

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

¿Recibió ayuda financiera de alguna de las siguientes entidades? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- De familiares o amigos
- De grupos de apoyo locales
- De organizaciones nacionales contra el cáncer
- De su iglesia o comunidad religiosa
- No recibí ninguna ayuda financiera.

¿Qué tipo de ayuda financiera recibió? Por favor seleccione todas las que correspondan.

- Asistencia en efectivo o envío de dinero
- Tarjeta de regalo o tarjeta prepago
- Tarjeta para combustible o vales para viajes compartidos
- Cupones o servicios con descuentos
- □ Otra; por favor especifique:

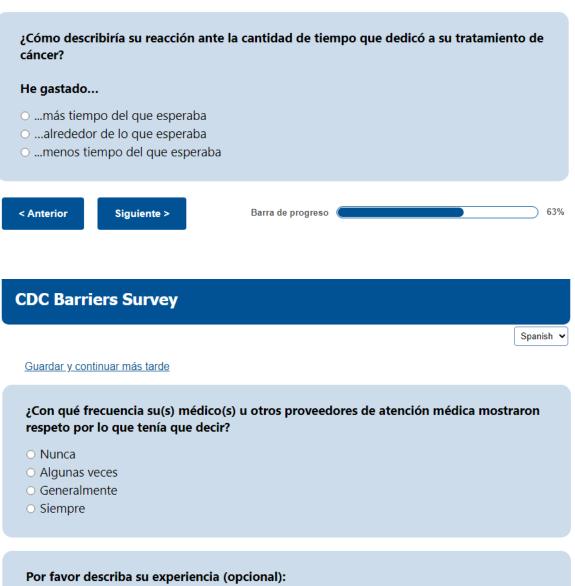
< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

) 61%

Guardar y continuar más tarde



< Anterior Siguiente > Barra de progreso

66%

Spanish ¥

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

¿Con qué frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica le proporcionaron toda la información relacionada con el cáncer que usted solicitaba?

Nunca

- Algunas veces
- Generalmente
- Siempre

Por favor de	scriba su experie	encia (opcional):	
		6	
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso	69%

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

¿Cuáles fueron los principales problemas no médicos que enfrentó en los últimos 12 meses en relación con su tratamiento oncológico o la atención de seguimiento de cáncer?

Puede seleccionar hasta 5 problemas.

- Miedo de que el tratamiento sea demasiado doloroso o desagradable
- No poder pagar la atención médica (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos inevitables)
- No poder comprar comida
- Falta de vivienda estable y permanente
- No tener cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no apruebe, cubra o pague la atención médica
- Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico o que este se encuentre demasiado lejos
- No disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponer de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
- Desconocer dónde acudir para recibir atención médica (p. ej., no contar con un médico de cabecera o una fuente de atención médica habitual que la/o remita; poco conocimiento de los proveedores de atención médica locales, que el centro especializado local se encuentre cerrado)
- Que le nieguen la atención (p. ej., que el proveedor de atención médica no pertenezca a la red de prestadores o no atienda pacientes nuevos)
- Que resulte demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajusten a su disponibilidad horaria
- Sufrir discriminación (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
- No entender el idioma del médico (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
- Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica
- No conseguir cuidado para una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente de mayor edad o pariente con alguna discapacidad)
- Que ningún amigo o familiar pueda o quiera acompañarla/o a las citas médicas
- Otro
- No tuve ningún problema.

< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso	70%
------------	-------------	-------------------	-----

If a respondent selects "Otro", they will see:

CDC Barrie	ers Survey				
			Spanish 🗸		
<u>Guardar y conti</u>	inuar más tarde				
Por favor describa el otro problema que enfrentó en los últimos 12 meses en relación con su tratamiento oncológico o la atención de seguimiento de cáncer.					
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso () 71%		

If participants select problems, they will see:

CDC Barriers Survey	
	Spanish 🗸
<u>Guardar y continuar más tarde</u>	
Por favor ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de impo teniendo en cuenta que el "1" es el más importante.	rtancia
Sufrir discriminación (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)	
No entender el idioma del médico (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y n acceso a un intérprete)	o tiene
Que le resulte demasiado difícil comprender la información médica	
No conseguir cuidado para una persona dependiente (p. ej., para un niño, pari de mayor edad o pariente con alguna discapacidad)	ente
Que ningún amigo o familiar pueda o quiera acompañarla/o a las citas médi	cas
< Anterior Siguiente > Barra de progreso	73%

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

<u>Guardar y continuar más tarde</u>		
Por favor seleccione los 5 factores p médica durante su tratamiento con	rincipales que facilitaron que recibiera atención tra el cáncer.	n
 Poder tratar los efectos secundario: Poder pagar para la atención média Poder cubrir todos mis gastos, com Tener una vivienda estable y perma Que el seguro médico cubriera la n Fácil acceso a un medio de transpo Ubicación conveniente del proveed Poder disponer de tiempo libre del licencia remunerada, horario labora Conectar con un proveedor a travé amigo u otra persona a través de la Poder conseguir una cita con un medio 	a o la comida nente layor parte de los gastos médicos te or de atención médica trabajo para citas o atención médica (p. ej., dispus l flexible o licencia médica) s de un conocido (p. ej., médico, enfermero, familia s redes sociales) idico u especialista dentro de un período razonabl , programar el cuidado de una persona dependier edad o pariente con alguna discapacidad) e del médico o especialista	o de ar, le
< Anterior Siguiente >	Barra de progreso	74%
CDC Barriers Survey		

¿Alguna vez recibió indicaciones de parte de un médico, enfermero u otro profesional de salud acerca de a dónde acudir o a quién consultar por los controles rutinarios del cáncer <u>después de terminar el tratamiento contra el cáncer</u> (p. ej., plan de atención del sobreviviente)?

Sí
 No
 No sé
 Anterior Siguiente > Barra de progreso 78%

Spanish 🗸

78%

Guardar y continuar más tarde

¿Alguna vez recibió indicaciones de parte de un médico, enfermero u otro profesional de salud acerca de a dónde acudir o a quién consultar por los controles rutinarios del cáncer <u>después de terminar el tratamiento contra el cáncer</u> (p. ej., plan de atención del sobreviviente)?

● Sí

- \odot No
- O No sé

¿Las indicaciones estaban escritas (p. ej., en su portal de paciente) o impresas en un papel?

- ⊖ Sí
- \odot No
- No sé

< Anterior

Siguiente >

¿Conversó con alguien del consultorio médico sobre las indicaciones, ya sea en persona o por teléfono?
○ Sí
O No
O No sé

Barra de progreso

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

¿Cuál de las siguientes cuestiones trató con el/los médico(s) durante la atención postratamiento? Seleccione todas las que correspondan.

- Exámenes de seguimiento
- Riesgo de recurrencia
- Calidad de vida
- 🗆 Ejercicio y nutrición
- 🗆 Función física
- Salud/impacto mental y emocional
- 🗆 Fatiga
- Dolor
- □ Otro; por favor especifique:
- Prefiero no responder

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso

80%

Spanish 🗸

Guardar y continuar más tarde

¿Cómo calificaría el conocimiento de su médico respecto al efecto del cáncer y los tratamientos contra el cáncer recibidos sobre su calidad de vida?

○ Escaso

- Intermedio
- O Bueno
- Muy bueno
- Excelente

Por favor d	escriba su experi	encia (opcional):
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso (83%)

CDC Barriers Survey	
Guardar y continuar más tarde	
Si se ha comunicado con su(s) médico(s) en el ultimo año ¿Con qué frecuencia le han explicado información de manera que pudiera entenderlas? Nunca Algunas veces Generalmente Siempre No aplica: No me he comunicado con mi(s) médico(s) en el ultimo año. 	
Por favor describa su experiencia (opcional):	
<anterior siguiente=""> Barra de progreso () 85% CDC Barriers Survey</anterior>	
<u>Guardar y continuar más tarde</u>	sh 🗸
 ¿Con qué frecuencia sus médicos de atención de seguimiento de cáncer pasaban un tiempo suficiente con usted? Nunca Algunas veces Generalmente Siempre 	
< Anterior Siguiente > Barra de progreso	88%

Guardar y continuar más tarde

Después de terminar su primer ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿que tan difícil fue ver a un especialista para recibir atención de seguimiento de cáncer?

Spanish 🗸

 Para nada o Un poco di Difícil Muy difícil 				
< Anterior	Siguiente >	Barra de progreso	91%	

CDC Barriers Survey	
	Spanish 🗸
<u>Guardar y continuar más tarde</u>	

En agradecimiento por haber completado esta encuesta, la/o recompensaremos con USD 40.

¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo electrónica VISA por correo electrónico o un cheque por correo en su domicilio?

- O Tarjeta de regalo electrónica enviada a mi correo electrónico
- O Cheque enviado a mi domicilio



CDC Barriers Su	rvey				
					Spanish 🗸
<u>Guardar y continuar más</u>	<u>tarde</u>				
Por favor introduzca electrónica:	su correo electro	ónico a fin de en	viarle la tarjeta d	e regalo	
Por favor vuelva a es	scribir su correo e	electrónico para	confirmarlo:		
		licetronico puru	communo.		
< Anterior Sigui	ente >	Barra de progreso			97%
OC Barriers Survey					
uardar y continuar más tarde			Spanish 🗸		
or favor introduzca su informade \$40.	ión de contacto a fin (de que podamos env	iarle el cheque		
Nombre completo:					
Dirección postal línea 1:					
Dirección postal línea 2:					
Ciudad:					
Estado:					
Código postal					
< Anterior Siguiente >	Barra de progreso		94%		

