

## **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-####).

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

### ¿Cuál es 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 semanales
- ☐ Jubilada/o
- ☐ Responsable del hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Desempleada/o
- ☐ Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  14%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

### ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su vivienda actual?

- ☐ 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 tengo 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



18%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

### ¿Alguno de sus familiares es propietario de esta vivienda?

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



19%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Cuántas personas viven o se hospedan en este domicilio?**

**Esto incluye a cualquier persona que haya vivido o se haya hospedado en su vivienda durante más de 2 meses, incluida/o usted.**

Select an answer... ▼

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  21%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**En su casa, ¿usted o algún otro conviviente tiene acceso a internet?**

- ☐ Sí,
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  22%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

### ¿Tiene miedo de caminar por su vecindario...

	Sí	No	Prefiero no responder
... de día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... de noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  23%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

### ¿Cuál es su medio de transporte principal?

- ☐ Caminar
- ☐ La bicicleta
- ☐ Un vehículo personal (coche, camión, utilitario, miniván)
- ☐ Coche compartido o vehículo prestado por un amigo, familiar o vecino
- ☐ Taxi o viaje compartido (p. ej., Uber, Lyft)
- ☐ Coche de alquiler o servicio de coche compartido (Zipcar, Car2go)
- ☐ Autobús o tranvía
- ☐ Metro o tren
- ☐ Motocicleta
- ☐ Paratransito (servicio de transporte puerta a puerta especializado en personas con discapacidad)
- ☐ Otro; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  25%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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”.**

- ☐ 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 >

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

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



30%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Qué tipo de tratamiento contra el cáncer recibió? Si le han diagnosticado cáncer más de una vez, tenga en cuenta el tratamiento del último diagnóstico de cáncer cervical. Seleccione todas las que correspondan.**

- ☐ Quimioterapia intravenosa (i.v.)
- ☐ Quimioterapia oral
- ☐ Radioterapia
- ☐ Cirugía
- ☐ Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tratamiento biológico (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
- ☐ Tratamiento hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
- ☐ Medicina de precisión / terapia dirigida (uso de medicamentos para atacar genes y proteínas específicas del cáncer)
- ☐ Trasplante de médula ósea o de células madre
- ☐ Tratamiento complementario y alternativo (p. ej., acupuntura, reiki)
- ☐ Otro; por favor especifique los otros tipos de tratamientos:
- ☐ No recibí ningún tratamiento contra el cáncer

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  33%

\*Note: In the question above, the cancer type field will fill with the appropriate cancer type.

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Participó en algún ensayo clínico como parte de su tratamiento contra el cáncer?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  36%



## CDC Barriers Survey

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, describa su experiencia (opcional):**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



39%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Cuán difícil fue lidiar con los efectos secundarios?**

- ☐ Para nada difícil
- ☐ Un poco difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



40%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**Quando 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?**

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

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



42%

## CDC Barriers Survey

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?**

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre

**Por favor, describa su experiencia (opcional):**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



45%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**Durante su tratamiento contra el cáncer, ¿cuánto lo/la apoyaron sus amigos y familiares?**

- ☐ Ningún apoyo
- ☐ Muy poco apoyo
- ☐ Poco apoyo
- ☐ Mucho apoyo

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



46%

## 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

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  47%

## 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?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  49%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**Cuando elegía un ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de los tratamientos específicos?**

- ☐ No, para nada
- ☐ Sí, en cierto modo
- ☐ Sí, en gran parte

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



50%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**En algún momento desde el primer diagnóstico de cáncer, ¿se tomó una licencia laboral remunerada, licencia no remunerada o cambió la cantidad de horas trabajadas, sus tareas o su situación laboral?**

- ☐ Sí
- ☐ No

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



53%

## CDC Barriers Survey

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 gastos médicos 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 gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

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

En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que ha pagado de su bolsillo para otros gastos 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 gastos de bolsillo y no el dinero otorgado por la compañía de seguros.

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

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



57%

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

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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%

## CDC Barriers Survey

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%



## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Cómo describiría su reacción ante la cantidad de tiempo que dedicó a su tratamiento de cáncer?**

**He gastado...**

- ☐ ...más tiempo del que esperaba
- ☐ ...alrededor de lo que esperaba
- ☐ ...menos tiempo del que esperaba

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



63%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿Con qué frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que tenía que decir?**

- ☐ Nunca
- ☐ Algunas veces
- ☐ Generalmente
- ☐ Siempre

**Por favor describa su experiencia (opcional):**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



66%

## CDC Barriers Survey

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 describa su experiencia (opcional):**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



69%

[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 Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar 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 ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de importancia teniendo en cuenta que el "1" es el más importante.

- ☐ **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**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



73%

If 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 que recibiera atención médica durante su tratamiento contra el cáncer.**

- ☐ Trabajar con un enfermero o asesor de pacientes que proporcionó asistencia adicional
- ☐ Poder tratar los efectos secundarios
- ☐ Poder pagar para la atención médica
- ☐ Poder cubrir todos mis gastos, como la comida
- ☐ Tener una vivienda estable y permanente
- ☐ Que el seguro médico cubriera la mayor parte de los gastos médicos
- ☐ Fácil acceso a un medio de transporte
- ☐ Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
- ☐ Poder disponer de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., dispuso de licencia remunerada, horario laboral flexible o licencia médica)
- ☐ Conectar con un proveedor a través de un conocido (p. ej., médico, enfermero, familiar, amigo u otra persona a través de las redes sociales)
- ☐ Poder conseguir una cita con un médico u especialista dentro de un período razonable
- ☐ Conseguir, en caso de ser necesario, programar el cuidado de una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente de mayor edad o pariente con alguna discapacidad)
- ☐ Recibir un trato respetuoso de parte del médico o especialista
- ☐ Lograr comprender la información médica recibida
- ☐ Otra; por favor especifique:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  74%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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 después de terminar el tratamiento contra el cáncer (p. ej., plan de atención del sobreviviente)?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  78%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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 después de terminar el tratamiento contra el cáncer (p. ej., plan de atención del sobreviviente)?**

- ☒ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

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

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

**¿Conversó con alguien del consultorio médico sobre las indicaciones, ya sea en persona o por teléfono?**

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



78%

## CDC Barriers Survey

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%

## CDC Barriers Survey

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
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

**Por favor describa su experiencia (opcional):**

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



83%



## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**¿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%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[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?**

- ☐ Para nada difícil
- ☐ Un poco difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Muy difícil

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  91%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

**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?**

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

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso  92%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su correo electrónico a fin de enviarle la tarjeta de regalo electrónica:

Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo:

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



97%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

[Guardar y continuar más tarde](#)

Por favor introduzca su información de contacto a fin de que podamos enviarle el cheque de \$40.

Nombre completo:

Dirección postal línea 1:

Dirección postal línea 2:

Ciudad:

Estado:

Código postal

< Anterior

Siguiente >

Barra de progreso



94%

## CDC Barriers Survey

Spanish ▼

¡Gracias!

Ante cualquier pregunta acerca de la encuesta, no dude en llamarnos a nuestra línea gratuita (833) 997-2714 o en escribirnos a [CDC\\_CancerSurvey@rti.org](mailto:CDC_CancerSurvey@rti.org).

Por favor haga clic en ENVIAR para enviar sus respuestas.

Enviar

Barra de progreso



100%