

Attachment 3d.

Wave 2 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-####).

Se Barreras durante todo el proceso del cáncer, APHIR de los CDC: encuesta para sobrevivientes W2

Variables de precarga:

- RTI_ID
- PATIENT_ID_LINK (To link to original patient)
- CANC_TYPE (breast/cervical/colorectal)
- STATE
- STATE_MEDICAID (Medicaid/Medi-Cal [for California]; Medicaid/North Carolina Medicaid [for NC]; Medicaid [for Texas])

Introducción

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.

{PAGE BREAK}

MÓDULO A: DATOS DEMOGRÁFICOS

A2. En 2021, le diagnosticaron cáncer [CANC TYPE].

Desde entonces, ¿Le han diagnosticado algún tipo de cáncer?

1. Sí
2. No

A2a. [IF A2=1 CONTINUE, ELSE GOTO A3] ¿Qué tipo de cáncer le diagnosticaron?

1. Cáncer de mama o seno
2. Cáncer colorectal
3. Cáncer de cuello uterino o cervical
4. Otro tipo de cáncer; especifique: [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

A3. ¿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 semanales
3. Jubilada/o o retirada/o
4. Amo/a de casa
5. Estudiante
6. Desempleada/o
7. Incapacitada/o para trabajar (p. ej., debido a una discapacidad, permiso de trabajo)

{PAGE BREAK}

A4. ¿Cuál es su situación actual de seguro médico? Seleccione todas las opciones que correspondan.

1. Sin seguro
2. Lapso sin cobertura
3. Seguro médico privado (adquirido por mi cuenta o a través de mi empleo o del de mi cónyuge / pareja / madre o padre)
4. [STATE_MEDICAID]
5. Medicare / Medicare Advantage
6. Militar (Tricare, Champ-VA o algún otro seguro médico militar)
7. Otra [especifique]: [OPEN FIELD IF SELECTED]

A4a. [IF A4=1 OR 2 CONTINUE, ELSE GOTO A5] Seleccione la razón principal por la cual no está afiliada/o a ningún plan de salud actualmente.

1. Usted o el titular de la póliza se jubiló, perdió su trabajo o cambió de empleador

2. Se venció el plazo de inscripción o de pago del seguro médico
3. Ya no es elegible (p. ej., debido a su edad o estado de salud)
4. Aumentó el costo de la póliza
5. Tenía Medicaid u otra póliza pública, pero ya no es elegible
6. No necesita o no desea un seguro médico
99. Prefiero no responder

{PAGE BREAK}

A5. ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su vivienda actual?

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 tengo una vivienda estable (alojo en un hotel, en un albergue, vivo en la calle o en un parque, etc.)
5. Otro (especifique): [OPEN FIELD]

A5a. [IF A5=1, 2, OR 3 CONTINUE, ELSE GOTO A6] ¿Alguno de sus familiares es propietario de esta vivienda?

1. Sí
2. No

{PAGE BREAK}

A6. ¿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.

[DROP DOWN – ALLOW 1-15]

77. Más de 15 personas (por ej. Un hogar grupal o vivienda asistida)

{PAGE BREAK}

A7. En su casa, ¿usted o algún otro conviviente tiene acceso a internet?

1. Sí,
2. No

{PAGE BREAK}

A8. ¿Tiene miedo de caminar por su vecindario...	1. Sí	2. No	99. Prefiero no responder
A8_1. ...de día?	☐	☐	☐

A8_2. ...de noche?	☐	☐	☐
--------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

{PAGE BREAK}

A9. ¿Cuál es su medio de transporte principal?

1. Caminar
2. La bicicleta
3. Un vehículo personal (coche, camión, utilitario, miniván)
4. Coche compartido o vehículo prestado por un amigo, familiar o vecino
5. Taxi o viaje compartido (p. ej., Uber, Lyft)
6. Coche de alquiler o servicio de coche compartido (p. ej., Zipcar, Car2go)
7. Autobús o tranvía
8. Metro o tren
9. Motocicleta
10. Paratransito (servicio de transporte puerta a puerta especializado en personas con discapacidad)
11. Otro; especifique: [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

A10. 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”.

1. Generalmente cierto
2. Algunas veces cierto
3. Nunca cierto

A11. “En los últimos 12 meses, la comida que comprábamos simplemente no alcanzaba y no teníamos dinero para comprar más”.

1. Generalmente cierto
2. Algunas veces cierto
3. Nunca cierto

{PAGE BREAK}

MÓDULO B: TRATAMIENTO

B1. ¿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)?

1. Sí
2. No

B1a. [IF B1=2 CONTINUE, ELSE GOTO B2] ¿Cuál es la razón principal por la cual no tiene una fuente habitual de atención médica?

1. Rara vez o nunca me enfermo.
2. Me mudé recientemente a esta zona.
3. No sé a dónde acudir por atención médica.
4. Mi fuente habitual de atención médica en el área ya no está disponible.
5. No encuentro un proveedor de salud que hable mi idioma.
6. Me gusta ir a distintos centros para distintas cuestiones de salud.
7. Acabo de cambiar de seguro médico.
8. No voy al médico / me cuido por mi cuenta.
9. No puedo pagar por la atención médica.
10. No tengo seguro de salud.
11. No encuentro un proveedor de salud cuya disponibilidad coincida con la mía (p. ej., debido su horario laboral).
12. Otro; especifique: [OPEN FIELD]
99. Prefiero no responder

{PAGE BREAK}

B2. ¿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 [CANC_TYPE]. Seleccione todas las que correspondan.

1. Quimioterapia intravenosa (i.v.)
2. Quimioterapia oral
3. Radioterapia
4. Cirugía
5. Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tratamiento biológico (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
6. Tratamiento hormonal (p. ej., Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
7. Medicina de precisión / terapia dirigida (uso de medicamentos para atacar genes y proteínas específicas del cáncer)
8. Trasplante de médula ósea o de células madre
9. Tratamiento complementario y alternativo (p. ej., acupuntura, reiki)
10. Otro
11. No recibí ningún tratamiento contra el cáncer [EXCLUSIVE]

B2_SPEC. [IF B2=10 CONTINUE, ELSE GOTO B3]: Especifique el otro tipo de tratamiento: [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B3. Por favor indique si ha completado cada uno de los tratamientos escogidos en la pregunta anterior:

1. Quimioterapia intravenosa (i.v.)
2. Quimioterapia oral
3. Radioterapia
4. Cirugía

5. Inmunoterapia (p. ej., interferón o vacunas contra el cáncer) u otro tratamiento biológico (p. ej., Car-T, Gleevec, Iressa, Tarceva, Herceptin o Erbitux)
6. Tratamiento hormonal (p. ej. Tamoxifen, Adjuvant, Zoladex, Lupron)
7. Medicina de precisión / terapia dirigida (uso de medicamentos para atacar genes y proteínas específicas del cáncer)
8. Trasplante de médula ósea o de células madre
9. Tratamiento complementario y alternativo (p. ej., acupuntura, reiki)
10. [RESPONSE FROM B2_SPEC]

{PAGE BREAK}

B5. ¿Participó en algún ensayo clínico como parte de su tratamiento contra el cáncer?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

B5a. ¿Cuán informada/o se sintió acerca de los posibles efectos secundarios del tratamiento?

1. Muy informada/o
2. Un poco
3. Para nada

B5a_OPEN: Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B5b. ¿Cuán difícil fue lidiar con los efectos secundarios?

- 1_Para nada difícil
- 2_Un poco difícil
- 3_Difícil
- 4_Muy difícil

{PAGE BREAK}

B6. 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?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre

5. No aplica: nunca llamé al consultorio de mi médico ni a la clínica con preguntas

{PAGE BREAK}

B7. En general, ¿con qué frecuencia salía del consultorio médico o de la clínica sin respuestas a sus preguntas relacionadas con su cáncer?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre

B7_OPEN: Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B8. Durante su tratamiento contra el cáncer, ¿cuánto lo/la apoyaron sus amigos y familiares?

- 1_Ningún apoyo
- 2_Muy poco apoyo
- 3_Poco apoyo
- 4_Mucho apoyo

{PAGE BREAK}

B9. Actualmente, ¿necesita de alguna asistencia para realizar sus actividades cotidianas?

1. Mucha asistencia
2. Alguna asistencia
3. Poca asistencia
4. Para nada

{PAGE BREAK}

B10. ¿Alguna vez conversó sobre el costo de su tratamiento contra el cáncer con sus médicos u otros proveedores de atención médica?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

B11. Al elegir un ciclo de tratamiento contra el cáncer, ¿consideró los costos de los tratamientos específicos?

1. No, para nada
2. Sí, en cierto modo

3. Sí, en gran parte

{PAGE BREAK}

B12a. 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?

1. Sí
2. No

B12b. [IF B12a=1 CONTINUE, ELSE GOTO B13_INTRO] ¿Realizó estos cambios laborales...

1. Debido al cáncer, a su tratamiento o a sus efectos duraderos?
2. Por otra razón?
88. No sé
99. Prefiero no responder

{PAGE BREAK}

B13_INTRO. Las siguientes preguntas tratan acerca de su experiencia en los últimos 12 meses.

B13. En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que ha pagado de su bolsillo para gastos médicos relacionados con su cáncer [CANC_TYPE], 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.

1. Menos de \$500
2. Entre \$500 y \$2000
3. Entre \$2001 y \$5000
4. Entre \$5001 y \$10 000
5. Más de \$10 000
88. No sé

B14. En los últimos 12 meses, ¿cuánto dinero estima que ha pagado de su bolsillo para otros gastos relacionados con su cáncer [CANC_TYPE], 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.

1. Menos de \$500
2. Entre \$500 y \$2000
3. Entre \$2001 y \$5000

4. Entre \$5001 y \$10 000
5. Más de \$10 000
88. No sé

{PAGE BREAK}

B15. ¿Cómo describiría su reacción ante la cantidad de dinero que gastó en su tratamiento contra el cáncer?

Gasté...

1. ...más de lo que esperaba
2. ...alrededor de lo que esperaba
3. ...menos de lo que esperaba

{PAGE BREAK}

B15a. ¿Recibió ayuda financiera de alguna de las siguientes entidades? Seleccione todas las que correspondan.

1. De familiares o amigos
2. De grupos de apoyo locales
3. De organizaciones nacionales contra el cáncer
4. De su iglesia o comunidad religiosa
5. No recibí ninguna ayuda financiera. [Programmer: If this is selected none of the other options should be checkable.]

B15b. [IF B15a=1, 2, 3, OR 4 CONTINUE, ELSE GOTO B16]

¿Qué tipo de ayuda financiera recibió? Seleccione todas las que correspondan.

1. Asistencia en efectivo o envío de dinero
2. Tarjeta de regalo o tarjeta prepago
3. Tarjeta para combustible o vales para viajes compartidos
4. Cupones o servicios con descuentos
5. Otra (especifique):

{PAGE BREAK}

B16. ¿Cómo describiría su reacción ante la cantidad de tiempo que dedicó a su tratamiento de cáncer?

He gastado...

1. ...más tiempo del que esperaba
2. ...alrededor de lo que esperaba
3. ...menos tiempo del que esperaba

{PAGE BREAK}

B17. ¿Con qué frecuencia su(s) médico(s) u otros proveedores de atención médica mostraron respeto por lo que tenía que decir?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre

B17_SPEC. Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B18. ¿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?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre

B18_SPEC. [SHOW IF B18= 1 OR 2] Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B20. ¿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.**

[SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN – HASTA 5]	
B20_1. ____	Miedo de que el tratamiento fuera demasiado doloroso o desagradable
B20_2. ____	No podía pagar la atención médica (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos concurrentes)
B20_3. ____	No podía comprar comida
B20_4. ____	Falta de vivienda estable y permanente
B20_5. ____	No tenía cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no aprobaba, cubría o pagaba la atención médica
B20_6. ____	Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico o el consultorio quedaba demasiado lejos

B20_7. ____	No disponía de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponía de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
B20_8. ____	Desconocía dónde acudir para recibir atención médica (p. ej., no contaba 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)
B20_9. ____	Le negaron atención médica (p. ej., el proveedor de atención médica no pertenecía a la red de prestadores o no estaba aceptando pacientes nuevos)
B20_10. ____	Resultado demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajustaran a mi horario
B20_11. ____	Experimente discriminación (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
B20_12. ____	No entendía el idioma del médico (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
B20_13. ____	La información médica era muy difícil de entender
B20_14. ____	No podía conseguir cuidado para una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente de mayor edad o pariente con alguna discapacidad)
B20_15. ____	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la(s) cita(s)
B20_16. ____	Otro
B20_17. ____	No tuve ningún problema. [EXCLUSIVE SELECT]

{PAGE BREAK}

B20_OTH. [SHOW IF B20_16 NE BLANK] 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. [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

B20_RANK. Ordene los problemas principales que seleccionó según el grado de importancia teniendo en cuenta que el “1” es el más importante.

[NOTE: DISPLAY ONLY THE ISSUES ENDORSED IN QUESTION B20]

[NUMERIC RESPONSE – UP TO 5]	[NUMERIC RESPONSE – UP TO 5]
B20_RANK_1. ____	Miedo de que el tratamiento fuera demasiado doloroso o desagradable
B20_RANK_2. ____	No podía pagar la atención médica (p. ej., costos demasiado altos, otros gastos concurrentes)

B20_RANK_3. ____	No podía comprar comida
B20_RANK_4. ____	Falta de vivienda estable y permanente
B20_RANK_5. ____	No tenía cobertura de seguro médico, o que la compañía de seguro no aprobaba, cubría o pagaba la atención médica
B20_RANK_6. ____	Dificultad para conseguir transporte hasta el consultorio médico o el consultorio quedaba demasiado lejos
B20_RANK_7. ____	No disponía de tiempo libre del trabajo para citas o atención médica (p. ej., no disponía de licencia remunerada, horario laboral flexible ni licencia médica)
B20_RANK_8. ____	Desconocía dónde acudir para recibir atención médica (p. ej., no contaba 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)
B20_RANK_9. ____	Le negaron atención médica (p. ej., el proveedor de atención médica no pertenecía a la red de prestadores o no estaba aceptando pacientes nuevos)
B20_RANK_10 ____	Resultado demasiado difícil conseguir citas médicas que se ajustaran a mi horario
B20_RANK_11 ____	Experimente discriminación (p. ej., discriminación racial o étnica, por género, peso, orientación sexual o discapacidad)
B20_RANK_12 ____	No entendía el idioma del médico (p. ej., porque hablan idiomas diferentes, y no tiene acceso a un intérprete)
B20_RANK_13 ____	La información médica era muy difícil de entender
B20_RANK_14 ____	No podía conseguir cuidado para una persona dependiente (p. ej., para un niño, pariente de mayor edad o pariente con alguna discapacidad)
B20_RANK_15 ____	No pude conseguir que un amigo o familiar me acompañara a la(s) cita(s)
B20_RANK_16 ____	[B20_OTH]

{PAGE BREAK}

B20_FACILITATE. Por favor seleccione los 5 factores principales que facilitaron que recibiera atención médica durante su tratamiento contra el cáncer.

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

B20_FAC_1. ____	Trabajé con una enfermera/navegadora de pacientes que brindó apoyo adicional
B20_FAC_2. ____	Pude manejar los efectos secundarios
B20_FAC_3. ____	Pude pagar el cuidado medico
B20_FAC_4. ____	Pude cubrir todos mis gastos como la comida
B20_FAC_5. ____	Tenía vivienda permanente y estable
B20_FAC_6. ____	El seguro cubrió la mayoría de mis costos médicos
B20_FAC_7. ____	Tenía acceso fácil al transporte
B20_FAC_7_a. ____	Ubicación conveniente del proveedor de atención médica
B20_FAC_8. ____	Pude tomar tiempo libre del trabajo para las citas (p. ej., licencia por enfermedad pagada, horario de trabajo flexible, licencia médica disponible)
B20_FAC_9. ____	Conectado con un proveedor a través de alguien que conozco (p. ej., médico, enfermera, familiar, amigo, otros en las redes sociales)
B20_FAC_10. ____	Pude conseguir una cita con un médico o especialista dentro de un plazo razonable
B20_FAC_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
B20_FAC_12. ____	Fui tratado con respeto por mi médico o especialista
B20_FAC_13. ____	Pude entender la información médica que se compartió conmigo
B20_FAC_14. ____	Otro [especifique]: ____ [OPEN TEXT FIELD]

{PAGE BREAK}

MÓDULO C: SUPERVIVENCIA

C1. ¿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?

1. Sí
2. No
88. No sé

C1a. [IF C1=1 CONTINUE, ELSE GOTO C2] ¿Las indicaciones estaban escritas (p. ej., en su portal de paciente) o impresas en un papel?

1. Sí
2. No
88. No sé

C1b. [IF C1=1 CONTINUE, ELSE GOTO C2] ¿Conversó con alguien del consultorio médico sobre las indicaciones, ya sea en persona o por teléfono?

1. Sí
2. No
88. No sé

{PAGE BREAK}

C2. ¿Cuál de las siguientes cuestiones trató con el/los médico(s) durante la atención postratamiento? Seleccione todas las que correspondan.

1. Exámenes de seguimiento
2. Riesgo de recurrencia
3. Calidad de vida
4. Ejercicio y nutrición
5. Función física
6. Salud/impacto mental y emocional
7. Fatiga
8. Dolor
9. Otro – especifique: [OPEN FIELD]
99. Prefiero no responder [EXCLUSIVE SELECT]

{PAGE BREAK}

C3. ¿Cómo calificaría el conocimiento de su médico respecto al efecto del cáncer y los tratamientos contra el cáncer recibidos sobre su calidad de vida?

1. Escaso
2. Intermedio
3. Bueno
4. Muy bueno
5. Excelente

C3_SPEC. [SHOW IF C3= 1 OR 2] Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

C4. 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?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre
5. No aplica: No me he comunicado con mi(s) médico(s) en el ultimo año.

C4_SPEC. Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

C5. ¿Con qué frecuencia sus médicos de atención de seguimiento de cáncer pasaban un tiempo suficiente con usted?

1. Nunca
2. Algunas veces
3. Generalmente
4. Siempre
88. No sé
99. Prefiero no responder

C5_SPEC. [SHOW IF C5= 1 OR 2] Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

C6. 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?

1. Para nada difícil
2. Un poco difícil
3. Difícil
4. Muy difícil

C6_SPEC. [SHOW IF C6= 3 OR 4] Describa su experiencia (opcional): [OPEN FIELD]

{PAGE BREAK}

MÓDULO D: CONTACTO

D1_INCENT. En agradecimiento por haber completado esta encuesta, la/o recompensaremos con \$40 dólares. ¿Prefiere recibir una tarjeta de regalo electrónica VISA por correo electrónico o un cheque por

correo en su domicilio? 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 a mi correo electrónico
2. Cheque enviado a mi domicilio

{PAGE BREAK}

D1. [IF D1_INCENT=2] Por favor ingrese su información de contacto para que podamos enviarle un cheque de \$40 dólares.

D1_1. Nombre completo: [OPEN]

D1_2. Dirección postal línea 1: [OPEN]

D1_3. Dirección postal línea 2: [OPEN]

D1_4. Ciudad [OPEN]

D1_5: Estado: [OPEN]

D1_6: Código postal: [OPEN]

[POST LOGIC: GO TO END]

{PAGE BREAK}

D2: [IF D1_INCENT=1] Por favor ingrese su dirección de correo electrónico para la tarjeta de regalo electrónica de \$40 dólares: [OPEN]

D3: Por favor vuelva a escribir su correo electrónico para confirmarlo: [OPEN]

EMAIL_CHK. [IF D2 != D3: El correo electrónico introducido no coincide. Por favor vuelva a escribir el correo electrónico.

{PAGE BREAK}

END. ¡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.

Por favor haga clic en [SUBMIT] para enviar sus respuestas.