



Encuesta Stars4BC

Gracias otra vez por aceptar participar en el estudio Stars4BC*. Stars4BC* es un estudio realizado por El Instituto para la Prevención de Cáncer en California y Harvard University. El estudio está financiado por el Programa de Investigación sobre el Cáncer del Seno en California. La meta del estudio es desarrollar preguntas sobre los antecedentes de las personas. Estas preguntas se usarán en el futuro por investigadores que estudian el cáncer del seno.

Para estar seguros de que nuestras preguntas capten la información correctamente, aproximadamente un mes después de recibir sus repuestas a la encuesta actual le enviaremos otra encuesta con las mismas preguntas.

Apreciamos su tiempo y esfuerzo en ayudarnos con este estudio.

*Stars4BC representa *Standardizing Research Surveys for Understanding Breast Cancer Inequities* (La estandarización de encuestas de investigación para entender inequidades relacionadas con el cáncer del seno).

Study ID: _____

Por favor lea las siguientes instrucciones antes de comenzar la encuesta.

Conteste cada pregunta lo mejor que pueda. Por favor, intente no saltarse ninguna pregunta a menos que las instrucciones se lo indiquen.

- Las casillas para responder pueden llenarse de las siguientes maneras: ☐ ☒ ☐

- Siga las instrucciones que le indiquen pasar a otra pregunta.

Ejemplo: ☒ No → PASE A la pregunta 4.11

- Para las preguntas seguidas por un espacio subrayado, escriba la información específica en ese espacio.

Ejemplo: ☒ Otro, especifique: Español

- Le pedimos que haga lo posible por contestar cada pregunta sin recibir ayuda. Pero si necesitara ayuda para llenar la encuesta debido a algún problema físico o con la vista, por favor indíquelo en la página para comentarios adicionales al final de la encuesta.

SECCIÓN 1: ESTADO DE SALUD

Nos gustaría empezar con preguntas sobre su salud en general. Esta sección también preguntará sobre cualquier dificultad física, mental o emocional que tenga.

1. ¿Cómo describiría usted su salud general? [marque una casilla]

Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Por favor piense en su salud <u>física</u> , la cual incluye enfermedades o lesiones físicas. ¿En cuántos de los últimos 30 días diría usted que su salud no fue buena?	<div>_____</div> <div>Número de días</div>
3. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días tuvo usted algún dolor que le dificultara hacer sus actividades habituales (cuidado personal, trabajo, diversiones)?	<div>_____</div> <div>Número de días</div>

4. ¿Tiene alguna discapacidad o problema de salud mayor que limite sus actividades?

☐ Sí

☐ No → **pase a la pregunta 9 en la página 5**

Conteste las preguntas 5-8 SÓLO si usted marcó SÍ en la pregunta anterior (#4)

5. ¿Por cuánto tiempo ha limitado usted sus actividades debido a una discapacidad o problema de salud mayor?

#_____ días #_____ semanas #_____ meses #_____ años

	Nunca	A veces	La mayor parte del tiempo o siempre
6. ¿Necesita la ayuda de otros para llevar a cabo sus <u>cuidados personales</u> (como comer, bañarse, vestirse, moverse por la casa) por su discapacidad o problema de salud mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Necesita la ayuda de otros con sus <u>actividades habituales</u> (como los quehaceres de la casa, ir de compras, hacer tareas o mandados necesarios, ir a otras partes por otros motivos) debido a una discapacidad o problema de salud mayor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está limitada usted con respecto al tipo O a la cantidad de <u>trabajo</u> que puede hacer debido a un problema físico o emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	SÍ	NO
9. ¿Actualmente usa algún aparato o equipo especial, como un bastón, una silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial debido a un problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Recibe beneficios de Seguro Social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días sintió usted que NO descansó o durmió suficiente?	<u> </u> Número de días
12. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días se sintió muy sana y llena de energía?	<u> </u> Número de días

13. ¿Cómo describiría su salud emocional? [marque una casilla]

Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Pensando en su salud emocional, la cual incluye el estrés, la depresión, la ansiedad y problemas relacionados con las emociones, ¿en cuántos de los últimos 30 días diría que su salud emocional no fue buena?	<u> </u> Número de días
15. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días se ha sentido triste, decaída o deprimida?	<u> </u> Número de días
16. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días ha sentido mucha preocupación, o mucha ansiedad?	<u> </u> Número de días
17. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días le impidió la mala salud física o emocional para hacer sus actividades habituales (cuidado personal, trabajo, diversiones, etc.)?	<u> </u> Número de días

SECCIÓN 2: GRUPO ÉTNICO

Nos gustaría conocer su origen e identidad étnicos.

1. ¿Es usted latina o hispana, o no? [marque una casilla]

- ☐ Sí → pase a la pregunta 2
- ☐ No → **pase a la pregunta 3, página 7**

2. ¿Cuál o cuáles de estos grupos describen su origen o ascendencia latina o hispana? [marque todas las respuestas que correspondan]

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Argentina | <input type="checkbox"/> Panameña |
| <input type="checkbox"/> Boliviana | <input type="checkbox"/> Peruana |
| <input type="checkbox"/> Chicana | <input type="checkbox"/> Puertorriqueña |
| <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Salvadoreña |
| <input type="checkbox"/> Cubana | <input type="checkbox"/> Española americana (de España) |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriana | <input type="checkbox"/> Uruguaya |
| <input type="checkbox"/> Guatemalteca | <input type="checkbox"/> Venezolana |
| <input type="checkbox"/> Hondureña | <input type="checkbox"/> Otra ascendencia latina (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Mexicoamericana | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mexicana | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> Nicaragüense | |
| <input type="checkbox"/> Paraguaya | |

3. ¿Cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales o étnicos usaría usted para auto describirse? [**marque todas las respuestas que correspondan**, aunque ya haya marcado latina/hispana anteriormente]

☐ Indígena americana o nativa de Alaska → **pase a la pregunta 4, página 8**

☐ Asiática → **pase a la pregunta 7, página 9**

☐ Negra/Afroamericana → **pase a la pregunta 10, página 12**

☐ Nativa de Hawai → **Si marcó "Nativa de Hawai" sin marcar otra casilla, pase a la Sección 3, página 15**

☐ De otra isla del Pacífico → **pase a la pregunta 8, página 10**

☐ Blanca → **pase a la pregunta 9, página 11**

☐ Otra (especifique): _____ → **pase a la pregunta 11, página 13**

☐ No sabe

Conteste estas preguntas SÓLO si usted marcó Indígena americana/nativa de Alaska en la pregunta 3, página 7.

4. ¿De cuál o cuáles de las tribus mencionadas proviene usted? [marque todas las respuestas que correspondan]

☐ Athabascan

☐ Cahuilla

☐ Cherokee

☐ Choctaw

☐ Chumash

☐ Karuk

☐ Kumeyaay

☐ Luiseno

☐ Maidu

☐ Miwok

☐ Navajo

☐ Pomo

☐ Pueblo

☐ Sioux

☐ Tlingit

☐ Yurok

☐ Otra tribu o pueblo indígena
(especifique):

☐ No sabe

5. ¿Está inscrita en una tribu reconocida por el gobierno federal de EE.UU.?

☐ Sí

☐ No

6. **Si su respuesta a la pregunta 5 es Sí, ¿en cuál de las siguientes tribus está inscrita? [marque una casilla]**

☐ Athabascan

☐ Cahuilla

☐ Cherokee

☐ Choctaw

☐ Chumash

☐ Karuk

☐ Kumeyaay

☐ Luiseno

☐ Maidu

☐ Miwok

☐ Navajo

☐ Pomo

☐ Pueblo

☐ Sioux

☐ Tlingit

☐ Yurok

☐ Otra tribu o pueblo indígena
(especifique):

Conteste la pregunta en esta página SÓLO si usted marcó Asiática en la pregunta 3, página 7.

7. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor (por ejemplo: china, filipina, etc.)? [**marque todas las respuestas que correspondan**]

☐ Bangladesí

☐ Birmanesa

☐ Camboyana (kampucheana)

☐ China

☐ Filipina

☐ Hmong

☐ India (de la India)

☐ Indonesia

☐ Japonesa

☐ Coreana

☐ Laosiana

☐ Malasia

☐ Paquistaní

☐ Esrilanquesa

☐ Taiwanesa

☐ Tailandesa

☐ Vietnamita

☐ Otro grupo asiático (especifique): _____

Conteste la pregunta en esta página SÓLO si usted marcó De otra isla del Pacífico en la pregunta 3, página 7.

8. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor (por ejemplo: samoana, tongana)? [**marque todas las respuestas que correspondan**]

☐ Fiyiana

☐ Guameña/Chamorra

☐ Samoana

☐ Tongana

☐ De otra isla del Pacífico

(especifique): _____

Conteste la pregunta en esta página SÓLO si usted marcó Blanca en la pregunta 3, página 7.

9. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor? [**marque todas las respuestas que correspondan**]

☐ Árabe del Medio

Oriente

☐ Del Medio Oriente, no
árabe

☐ Inglesa

☐ Europea oriental

☐ Francesa

☐ Alemana

☐ Irlandesa

☐ Italiana

☐ Rusa

☐ Escandinava

☐ De ascendencia europea mixta

☐ Otra (especifique):

Conteste la pregunta en esta página SÓLO si usted marcó Negra/Afroamericana en la pregunta 3, página 7.

10. ¿Cuál o cuáles de estos grupos la describe mejor? [marque todas las respuestas que correspondan]

☐ Afroamericana

☐ Caboverdiana

☐ Etiopia

☐ Ghanesa

☐ Nigeriana

☐ Somalí

☐ Otro grupo/país africano
(especifique):

☐ Jamaicana

☐ Haitiana

☐ Otro grupo/país antillano/caribeño
(especifique):

☐ Brasileña

☐ Otro grupo/país centro/suramericano
(especifique):

11. ¿Se identifica usted con una sola raza o grupo étnico en particular?

☐ Sí → **pase a la pregunta 12, next página**

☐ No → **pase a la Sección 3, página 15**

12. ¿Con cuál de estos grupos raciales o étnicos se identifica usted más? **[marque una casilla]**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra | <input type="checkbox"/> Guatemalteca | <input type="checkbox"/> Salvadoreña |
| <input type="checkbox"/> Indígena americana/nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Haitiana | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Árabe del Medio Oriente | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Escandinava |
| <input type="checkbox"/> Del Medio Oriente, no árabe | <input type="checkbox"/> Hondureña | <input type="checkbox"/> Somalí |
| <input type="checkbox"/> Argentina | <input type="checkbox"/> India (de la India) | <input type="checkbox"/> Española americana (de España) |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Indonesia | <input type="checkbox"/> Esrilanquesa |
| <input type="checkbox"/> Bangladesí | <input type="checkbox"/> Irlandesa | <input type="checkbox"/> Taiwanesa |
| <input type="checkbox"/> Boliviana | <input type="checkbox"/> Italiana | <input type="checkbox"/> Tailandesa |
| <input type="checkbox"/> Brasileña | <input type="checkbox"/> Jamaicana | <input type="checkbox"/> Tongana |
| <input type="checkbox"/> Birmanesa | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Uruguaya |
| <input type="checkbox"/> Camboyana (kampucheana) | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Venezolana |
| <input type="checkbox"/> Caboverdiana | <input type="checkbox"/> Laosiana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Chicana | <input type="checkbox"/> Malasia | <input type="checkbox"/> Blanca |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Mexicoamericana | <input type="checkbox"/> Otro grupo africano (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Costarricense | <input type="checkbox"/> Mexicana | <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cubana | <input type="checkbox"/> De ascendencia europea mixta | <input type="checkbox"/> Otro grupo centro/suramericano (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Europea oriental | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai | <input type="checkbox"/> Otro grupo latinoamericano (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriana | <input type="checkbox"/> Nicaragüense | <input type="checkbox"/> Otro grupo de las islas del Pacífico (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Inglesa | <input type="checkbox"/> Nigeriana | <input type="checkbox"/> Otro grupo antillano/caribeño (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Etiopía | <input type="checkbox"/> Paquistaní | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Fiyiana | <input type="checkbox"/> Panameña | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Paraguaya | |
| <input type="checkbox"/> Francesa | <input type="checkbox"/> Peruana | |
| <input type="checkbox"/> Alemana | <input type="checkbox"/> Puertorriqueña | |
| <input type="checkbox"/> Ghanesa | <input type="checkbox"/> Rusa | |
| <input type="checkbox"/> Guameña/Chamorra | | |

SECCIÓN 3: ASCENDENCIA DETALLADA

Las siguientes preguntas tratan sobre su origen/ancestros familiares.

1. ¿En qué estado o país:

	ESTADO	PAÍS
a. nació su padre biológico (de sangre)?	_____	_____
b. nació la madre de su padre (su abuela)?	_____	_____
c. nació el padre de su padre (su abuelo)?	_____	_____
d. nació su madre biológica?	_____	_____
e. nació la madre de su madre (su abuela)?	_____	_____
f. nació el padre de su madre (su abuelo)?	_____	_____

SECCIÓN 4: PREGUNTAS GENERALES

Nos gustaría obtener unos datos básicos sobre usted.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____
Mes Día Año

3. ¿Cuál es su dirección actual? [Escríbala abajo]

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------	--------	--------	---------------

4. ¿Es usted hombre, o mujer? [Marque la respuesta con un círculo]
Hombre Mujer

SECCIÓN 5: EDUCACIÓN E INGRESOS

1. ¿Cuál es el nivel MÁS ALTO de estudios que usted ha terminado o el título más alto que ha recibido? [Marque una respuesta]

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ningunos estudios/sólo jardín de niños (kindergarten) | <input type="checkbox"/> 12º año/grado, obtuvo título |
| <input type="checkbox"/> 1º año/grado | <input type="checkbox"/> 12º año/grado, sin obtener título |
| <input type="checkbox"/> 2º año/grado | <input type="checkbox"/> GED o tomó una prueba para graduarse |
| <input type="checkbox"/> 3º año/grado | <input type="checkbox"/> Título de High School (secundaria) |
| <input type="checkbox"/> 4º año/grado | <input type="checkbox"/> Algunos años de estudios universitarios, sin obtener título |
| <input type="checkbox"/> 5º año/grado | <input type="checkbox"/> Título de Associate degree (como AA, AS, ABA) |
| <input type="checkbox"/> 6º año/grado | <input type="checkbox"/> Título de Bachelor (como BA, BS, BBA) |
| <input type="checkbox"/> 7º año/grado | <input type="checkbox"/> Título de Maestría (como MA, MS, MBA) |
| <input type="checkbox"/> 8º año/grado | <input type="checkbox"/> Licenciatura profesional (como MD, DDS, JD) |
| <input type="checkbox"/> 9º año/grado | <input type="checkbox"/> Doctorado (como PhD, EdD) |
| <input type="checkbox"/> 10º año/grado | |
| <input type="checkbox"/> 11º año/grado | |

2. ¿En algún momento estudió usted **fuera de los Estados Unidos** (no incluya los programas de “estudios en el extranjero”)? [Marque una respuesta]

- ☐ Sí
- ☐ No → **pase a la pregunta 4 , página 17**

3. ¿Cuántos años estudió fuera de los Estados Unidos?

Escuela primaria

Años

Escuela secundaria/High school _____
Años

Universidad/Estudios post secundarios _____
Años

4. La próxima pregunta es sobre la educación de las personas en su hogar, es decir, todas las personas que viven en su casa regularmente (hijos, esposos/esposas, parejas, compañeros de cuarto, otros miembros de su familia o amigos).

¿Cuál es el nivel MÁS ALTO de estudios que alguien en su casa, INCLUYÉNDOLA A USTED, ha terminado, o el título más alto que alguien ha recibido? [**marque una casilla**]

- ☐ Ningunos estudios/sólo jardín de niños (kindergarten)
- ☐ Escuela primaria
- ☐ Escuela secundaria/high school
- ☐ Algunos años de estudios universitarios, sin obtener título
- ☐ Título de Associate degree o más alto
- ☐ Otro: _____
- ☐ No sabe

INGRESOS

5. ¿Más o menos cuál fue el ingreso total durante el pasado año civil de todos los familiares que vivían en su casa, antes de impuestos? Esto incluye sueldos, programas de beneficios gubernamentales, pagos de manutención de niños, Seguro Social, pensiones, beneficios de desempleo y por discapacidad. **[marque una casilla]**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$24,000 o menos | <input type="checkbox"/> \$66,000 a \$75,000 |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$35,000 | <input type="checkbox"/> \$76,000 a \$99,000 |
| <input type="checkbox"/> \$36,000 a \$45,000 | <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$149,000 |
| <input type="checkbox"/> \$46,000 a \$55,000 | <input type="checkbox"/> \$150,000 a \$199,000 |
| <input type="checkbox"/> \$56,000 a \$65,000 | <input type="checkbox"/> \$200,000 o más |

A veces los familiares o amigos que viven en el mismo hogar combinan sus ingresos y contribuyen al apoyo mutuo del grupo. Otras veces, los individuos o familiares mantienen su dinero separado del resto del grupo que comparte la vivienda.

6. ¿Cuántos FAMILIARES , incluyéndola a usted, VIVEN EN SU CASA y contribuyen para mantener el hogar? Es decir, cualquier contribución de sueldos, dinero que reciben del Seguro Social, beneficios por discapacidad, regalos de dinero, alimentos, alquiler gratuito, compra de aparatos para hogar, etc. Por “familiares” queremos decir personas relacionadas por sangre, por matrimonio (familiares de su pareja), pareja conviviente o por adopción.	<u> </u> # personas
7. De estas personas, ¿cuántas tienen menos de 18 años de edad?	<u> </u> # personas
8. De estas personas, ¿cuántas tienen entre 18 y 64 años de edad?	<u> </u> # personas
9. De estas personas, ¿cuántas tienen 65 años de edad o más?	<u> </u> # personas

10. ¿Viven personas que no sean parientes suyos en su hogar?

☐ Sí → **pase a la pregunta 11**

☐ No → **pase a la pregunta 14**

11. ¿Cuántas personas que no son parientes suyos viven en su hogar?	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> # personas		
	SÍ	NO	No sabe
12. ¿Alguna de estas personas que no son sus parientes y que viven en su hogar le aporta alguna ayuda económica a usted o a su familia? Esto quiere decir que tal vez le da alquiler gratuito, alimentos o dinero para pagar las cuentas o los gastos de la casa, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Usted o su familia ayuda a mantener a alguna de estas personas que no sean familiares y que viven en su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SÍ	NO	No sabe
14. ¿Tiene usted algún pariente que NO vive en su hogar pero a quien usted o su familia de hogar ayudan a sostener económicamente? Esto quiere decir que USTEDES les regalan A ELLOS dinero, alimentos, ayuda con el alquiler o con las cuentas o los gastos de la casa, les compra aparatos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene usted algún pariente que <u>NO</u> vive en su hogar pero <u>que ayuda económicamente a sostener a usted o a su familia de hogar</u> ? Esto quiere decir que él/ella le regala A USTED/ES dinero, alimentos, ayuda con el alquiler o con las cuentas o los gastos de la casa, le compra aparatos, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conteste la pregunta #16 SÓLO si contestó “Sí” a la pregunta #15:		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin: 0 auto;"></div> # personas	
16. ¿Cuántos parientes <u>que no viven en su hogar</u> la ayudan a mantener económicamente a usted o a su familia de hogar?			

SECCIÓN 6: RIQUEZA

Estas preguntas tratan sobre sus activos y nivel de deuda en la actualidad. Deuda significa cualquier dinero que usted debe a otros (bancos, tarjetas de crédito, familiares). Activos son cosas de valor que pertenecen a usted (casa, condominio, autos). Su hogar incluye todos los miembros de su familia que viven en su casa regularmente (hijos, esposos/esposas, parejas, familiares de su pareja u otros miembros de su familia).

1. Usando su mejor estimado, ¿cuál es el valor actual de todos los ahorros, activos y propiedad de su familia de hogar en conjunto? Si usted es propietaria, incluya el valor total de su casa (menos la cantidad que usted debe en su hipoteca).

Recuerde que su mejor estimado está bien. **[marque una respuesta]**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Menos de \$0 | <input type="checkbox"/> \$50,000 a \$99,999 |
| <input type="checkbox"/> Menos de \$500 | <input type="checkbox"/> \$100,000 a \$199,999 |
| <input type="checkbox"/> \$500 a \$4,999 | <input type="checkbox"/> \$200,000 a \$299,999 |
| <input type="checkbox"/> \$5,000 a \$9,999 | <input type="checkbox"/> \$300,000 a \$499,999 |
| <input type="checkbox"/> \$10,000 a \$24,999 | <input type="checkbox"/> \$500,000 o más |
| <input type="checkbox"/> \$25,000 a \$49,999 | <input type="checkbox"/> No sabe |

2. Usando su mejor estimado, ¿más o menos cuánta deuda tienen usted y su familia de hogar? Esto incluye cualquier dinero que deben, como préstamos estudiantiles, saldos de tarjetas de crédito y préstamos familiares, y alquiler y cobros médicos sin pagar, pero no incluye préstamos de hipoteca o auto.

[marque una respuesta]

☐ \$0

☐ Menos de \$2,000

☐ \$2,000 a \$4,999

☐ \$5,000 a \$9,999

☐ \$10,000 a \$19,999

☐ \$20,000 a \$49,999

☐ \$50,000 a \$99,999

☐ \$100,000 o más

☐ No sabe

SECCIÓN 7: AHORROS

La siguiente pregunta es sobre el dinero que usted puede haber ahorrado para casos de emergencia.

1. Si usted y sus compañeros de hogar perdieran todas sus fuentes actuales de ingresos y tuvieran que depender de sus ahorros, ¿por cuánto tiempo podrían quedarse en su domicilio actual comprando y viviendo como viven actualmente? Su mejor estimado está bien.

[marque una casilla]

- ☐ Menos de un mes
- ☐ 1 – 2 meses
- ☐ 3 – 6 meses
- ☐ 7 – 12 meses
- ☐ Más de 1 año

SECCIÓN 8: OCUPACIÓN/EMPLEO INDIVIDUAL

Las siguientes preguntas son sobre su ocupación y su condición actual de empleo.

1. De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor lo que usted hace actualmente?

[Marque una SOLA respuesta que describa mejor su situación actual]

- ☐ Actualmente trabaja a tiempo completo
 - ☐ Actualmente trabaja a tiempo parcial
 - ☐ Busca trabajo, desempleada
 - ☐ Jubilada
 - ☐ Discapacitada permanentemente para trabajar
 - ☐ Discapacitada por un tiempo (licencia de enfermedad, maternidad o discapacidad por otra razón)
 - ☐ Cuida la casa /Ama de casa
 - ☐ Estudiante
 - ☐ Trabaja en forma voluntaria (no le pagan)
 - ☐ Otro (especifique): _____
2. ¿A qué se dedica usted usualmente? Nos referimos a la ocupación que ha tenido durante más tiempo y que describe mejor el tipo de trabajo que usted hace:

SECCIÓN 9: SEGURO MÉDICO

1. ¿Tiene actualmente algún seguro médico u otro plan de salud? **[marque una respuesta]**

☐ Sí → **pase a la pregunta 2**

☐ No → **pase a la sección 10, página 26**

☐ No sabe → **pase a la sección 10, página 26**

2. ¿Qué seguro médico o cobertura de salud tiene actualmente? **[marque todas las respuestas que correspondan]**

☐ Seguro médico por medio de su empleador o por medio del empleador de su esposo/esposa/pareja (como Blue Cross, HealthNet, Kaiser etc.)

☐ Seguro médico individual (no ofrecido por su empleador o el de su esposo/esposa/pareja) (como Blue Cross, HealthNet, Kaiser, etc.)

☐ MediCare - Parte A y/o Parte B (tarjeta roja, blanca y azul)

☐ MediCare - Parte D: cobertura de recetas médicas (tarjeta de MediCare para medicamentos)

☐ Seguro extra para MediCare (Medi-Gap)

☐ Medi-Cal (tarjeta azul y blanca)

☐ Otro programa de salud por medio del gobierno (del condado o estado)

☐ Seguro médico militar (como TRICARE, VA, CHAMP-VA)

☐ Indian Health Service

☐ Un plan que cubre sólo un tipo de servicios (por ejemplo: dental, vista, recetas médicas)

☐ Otro: _____

☐ No sabe

SECCIÓN 10: VECINDARIO

Nos gustaría aprender sobre el área donde usted vive. Las siguientes preguntas tratan sobre su vecindario actual.

1. ¿En qué año se mudó usted por primera vez a su domicilio actual?
- _____
- año

Ahora queremos definir el área que usted considera su vecindario.

2. ¿Tiene nombre su vecindario?

- ☐ Sí → **pase a la pregunta 3**
- ☐ No → **pase a la pregunta 4, página 27**
- ☐ No sabe → **pase a la pregunta 4, página 27**

3. ¿Cómo se llama? _____

4. ¿Existe en su vecindario alguno de los siguientes lugares? [marque todas las respuestas que correspondan]

	Sí	No	No sabe
Un parque, área de jugar para niños o espacio abierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un supermercado grande en donde comprar alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una clínica médica o servicio de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un banco o unión de crédito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una casa de cambio de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una estación o subestación de policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una biblioteca pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Qué tan frecuente se siente usted segura en su vecindario actual? [marque una casilla]

Nunca	A veces	La mayor parte del tiempo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Pensando en su vecindario entero, indique hasta qué punto las siguientes situaciones son problemas **[marque una casilla para cada aspecto]**:

	Realmente no es un problema	Problema menor	Problema algo grave	Problema muy grave
Delincuencia en su vecindario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tráfico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mucho ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basura acumulada o tirada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de iluminación de noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Las próximas preguntas son sobre sus vecinos:

	Frecuente mente	A veces	Rara vez	Nunca
a. ¿Con qué frecuencia ve usted a sus vecinos hablando afuera en el jardín, en la calle o en el parque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Con qué frecuencia se cuidan uno al otro, como llamar si ven un problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muchos	Algunos	Pocos	Ninguno
c. ¿A cuántos de sus vecinos conoce usted de nombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Con cuántos vecinos tiene usted conversaciones amistosas por lo menos una vez por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿A cuántos vecinos podría pedir ayuda para hacer algo en su casa o jardín o pedir una tasa de azúcar u otro favor pequeño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Existen grupos en su vecindario, como asociaciones comunitarias, clubes sociales, clubes de libros, iglesias/centros espirituales u organizaciones de fe?

☐ Sí → Pase a la pregunta 9

☐ No → Pase a la pregunta 10, página 31

☐ No sabe → Pase a la pregunta 10, página 31

9. ¿Participa usted activamente en alguno de estos grupos?

☐ Sí

☐ No

Marque la mejor respuesta con respecto a usted y su vecindario. Tanto local como a una distancia caminable significan que se puede caminar de su casa al lugar en cuestión en 10-15 minutos.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
10. Usted puede hacer la mayoría de sus compras en tiendas locales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hay tiendas a una distancia fácil de caminar desde su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hay muchos lugares ubicados a una distancia fácilmente caminable desde su casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es fácil caminar de su casa a una parada de tránsito (autobús, tren).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 11: NACIONALIDAD/INMIGRACIÓN

Anteriormente le preguntamos sobre los orígenes de sus familiares. Ahora queremos conocer los de usted.

1. ¿En qué país nació usted?

2. ¿En qué estado o país pasó la mayor parte de su niñez?

Si usted nació en EE.UU. pase a la Sección 12: Idioma, página 34. De lo contrario, pase a la pregunta 3.

3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que vino a vivir a este país?

_____ años de edad

4. ¿Ha regresado a vivir durante por lo menos 3 años al país en que nació?

☐ Sí → **pase a la pregunta 5**

☐ No → **pase a la pregunta 6, página 33**

5. ¿Cuál fue el año más reciente en que regresó a vivir a Estados Unidos?

_____ año

6. La siguiente es una lista de razones por las cuales las personas dicen que vinieron a Estados Unidos. Indique qué tan importante cada motivo fue para usted o su familia al venir a EE.UU.

	No se aplica en mi situación	Algo importante	Importante	Muy importante
Para buscar empleo o para un trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para mejorar su vida o la de su familia y buscar mejores oportunidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para unirse a otros familiares que ya vivían en EE.UU.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para dar un mejor futuro a los niños en su familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la situación política en su país de origen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted (o su familia) fueron maltratados por motivos políticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para atención médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para tener mejores oportunidades educativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por problemas matrimoniales o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 12: IDIOMA

Nos gustaría preguntarle sobre los idiomas que habla y sus preferencias al respecto.

1. ¿Qué idiomas habla usted en casa?

2. ¿Qué idiomas hablaba durante su niñez?

a. Si mencionó más de uno, ¿qué idioma hablaba más?

Si usted habla sólo inglés en casa, pase a la Sección 13, página 38. De lo contrario, pase a la pregunta 3 a continuación.

Para las preguntas 3 – 6, marque la mejor respuesta para usted.

	Nada	Mal	Bastante bien	Bien	Muy bien
3. ¿Qué tan bien habla usted inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Qué tan bien entiende el inglés hablado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Qué tan bien lee inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Qué tan bien escribe inglés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Al hablar con su médico o enfermera, ¿sería útil tener la ayuda de una persona que pueda interpretar lo que usted y su doctor o enfermera dicen?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe/ No ha visto al médico/enfermera

8. ¿En qué idioma se sentiría usted más cómoda de **hablar** con su médico o enfermera? _____

9. ¿En qué idioma se sentiría usted más cómoda de **leer** información médica o de salud? _____

	Sólo inglés	Tanto inglés como otro(s) idioma(s)	Sólo otro(s) idioma(s)
10. ¿Qué idiomas habla usted con sus amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Por lo general, ¿en qué idioma son los programas de televisión y radio o los periódicos que usted mira, escucha o lee?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Por lo general, ¿en qué idioma piensa usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si usted NO habla inglés, conteste las preguntas 13 – 18.
Si habla inglés, pase a la pregunta 19, página 37.

13. ¿Habla inglés alguien que vive en su hogar?

- ☐ Sí → **pase a la pregunta 14**
- ☐ No → **pase a la pregunta 15**

14. En general, ¿qué tan bien habla esta persona inglés? [marque una casilla]

Nada	Mal	Bastante bien	Bien	Muy bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. ¿Lee inglés alguien que vive en su hogar?

- ☐ Sí → **pase a la pregunta 16**
- ☐ No → **pase a la pregunta 17**

16. En general, ¿qué tan bien lee esta persona inglés? [marque una casilla]

Nada	Mal	Bastante bien	Bien	Muy bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Alguien en su hogar escribe inglés?

- ☐ Sí → **pase a la pregunta 18**
- ☐ No → **pase a la pregunta 19, página 37**

18. En general, ¿qué tan bien escribe esta persona inglés? **[marque una casilla]**

Nada	Mal	Bastante bien	Bien	Muy bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Cuando usted tenía 13 años de edad, ¿alguien que vivía en su hogar, INCLUYÉNDOLA A USTED, hablaba inglés?

- ☐ Sí, usted y/u otra persona hablaba inglés → **pase a la pregunta 20**
- ☐ No → **pase a la Sección 13, página 38**
- ☐ No sabe → **pase a la Sección 13, página 38.**

20. ¿Qué tan bien hablaba usted/esta persona inglés? **[marque una casilla]**

Nada	Mal	Bastante bien	Bien	Muy bien
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 13: IDIOMA ESCRITO

Las siguientes preguntas son sobre su nivel de comodidad con la información médica escrita en su idioma preferida o lengua nativa. Por ejemplo, si usted habla principalmente o siempre español, conteste las preguntas suponiendo que la información está escrita en español.

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No se aplica — ninguna receta médica
1. ¿Qué tan fácil es para usted leer y entender las indicaciones escritas en un frasco de medicamento recetado sobre cómo tomarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No se aplica - no ha recibido información escrita
2. ¿Qué tan fácil es para usted leer y entender la información ESCRITA que recibe de los doctores u otros trabajadores médicos sobre su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil	No se aplica - no ha recibido información escrita
3. ¿Qué tan seguido pide usted que otra persona (como un familiar, amigo, personal del hospital/clínica, persona que le cuida) le ayude a leer información médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Qué tan seguido tiene usted problemas para entender algo sobre una enfermedad que podría tener, debido a su dificultad para entender la información escrita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	No segura	Algo segura	Segura	Muy segura
5. ¿Qué tan segura se siente de poder llenar formularios sin ayuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 14: CONFIANZA CON RESPECTO A LAS CIFRAS

Las siguientes preguntas son sobre su nivel de comodidad con los números.

	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1. ¿Qué tan buena es usted para trabajar con las fracciones (como $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{4}$, $1\frac{1}{2}$)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Qué tan buena es usted para trabajar con los porcentajes (como 6 %, 18 %)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Qué tan buena es usted para calcular una propina del 15 % sobre una comida u otro servicio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Qué tan buena es usted para calcular el precio de una camisa que tiene un descuento del 25 %?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nada útiles	Algo útiles	Útiles	Muy útiles	No se aplica. Usted no lee el periódico.
5. Al leer el periódico, ¿qué tan <i>útiles</i> le parecen los cuadros y gráficos incluidos en los reportajes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Siempre prefiere números	Prefiere números más que palabras	Prefiere palabras y números por igual	Prefiere palabras más que números	Siempre prefiere palabras
6. Cuando le mencionan la posibilidad de que algo suceda, ¿prefiere usted que se usen <i>palabras</i> (“eso sucede rara vez”) o <i>números</i> (“la posibilidad es del 1 %”)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Al escuchar el pronóstico del clima, ¿prefiere usted que se usen <i>porcentajes</i> (como “la posibilidad de que llueva hoy es del 20 %”) o sólo <i>palabras</i> (como “existe una pequeña posibilidad de que llueva hoy”)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Pocas veces	La mitad de las veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
8. ¿Qué tan seguido la información numérica (tales como gráficos o tablas con números) le parece útil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN 15: SEXUALIDAD

La sección final de la encuesta pregunta sobre algunos temas personales. Aunque estas preguntas sean delicadas y personales, también son importantes. Sus respuestas tal vez nos ayuden a entender por qué las mujeres que reciben un diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama pueden pasar por la experiencia en forma diferente. Queremos asegurarle de que sus respuestas se mantendrán confidenciales.

1. ¿Se considera usted...?

- ☐ Heterosexual
- ☐ Lesbiana o gay
- ☐ Bisexual
- ☐ Otra (especifique) _____

2. Desde que usted se inició en la actividad sexual, ¿sus parejas sexuales han sido...?

- ☐ Todos hombres
- ☐ Más hombres que mujeres
- ☐ Hombres y mujeres por igual
- ☐ Más mujeres que hombres
- ☐ Todas mujeres
- ☐ No se aplica/No ha sido activa sexualmente

3. Las personas son diferentes con respecto a su atracción por otros. ¿Cuál de las siguientes descripciones se ajusta mejor a lo que usted siente?

¿Se siente...?

- ☐ Atraída únicamente por hombres
- ☐ Atraída principalmente por hombres
- ☐ Atraída por hombres y mujeres por igual
- ☐ Atraída principalmente por mujeres
- ☐ Atraída únicamente por mujeres
- ☐ No está segura

4. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

- ☐ Femenino
- ☐ Masculino
- ☐ Intersexual
- ☐ Otro (especifique) _____

5. ¿Alguna vez ha usado hormonas para cambiar su sexo (de hombre a mujer o de mujer a hombre) o para hacerse ver más como un hombre o una mujer (como aumentar/disminuir el tamaño de los senos o genitales)?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sabe

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su condición de pareja actual?

- ☐ Legalmente casada/registrada como pareja de hecho
- ☐ Separada
- ☐ Divorciada
- ☐ Viuda
- ☐ Vive con una pareja sin estar casados
- ☐ En una relación sin convivir con su pareja
- ☐ Soltera
- ☐ Otro (especifique): _____

7. ¿De qué sexo es su pareja o cónyuge más reciente?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Otro (especifique): _____

Fecha en que completó la encuesta: _____

Muchísimas gracias por haber participado en esta encuesta. Sus respuestas son de gran ayuda y apreciamos su tiempo y esfuerzo. Si tiene otro comentario que le gustaría compartir con nosotros, o si alguien le ayudó a contestar las preguntas, por favor use el siguiente espacio para comunicárnoslo.

En cuanto recibamos por correo su encuesta llena, le enviaremos un cheque de \$10.00 como muestra de nuestro agradecimiento.

Recuerde que para estar seguros de haber recolectado la información correctamente, le enviaremos una segunda copia de la encuesta aproximadamente un mes después de recibir sus respuestas a ésta. En cuanto recibamos por correo su segunda encuesta completada, le enviaremos otro cheque de \$10.00. Gracias nuevamente por su participación.