TELEPHONE SURVEY INSTRUMENT

Date: _____

Location: _____

Study ID: _____

Interviewer: _____

Time Begin: _____ **Time End:** _____

Instructions to Participant:

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, en aproximadamente un mes llamaremos otra vez a las participantes para que respondan las mismas preguntas. Hoy al final de la entrevista le preguntaré sobre la mejor fecha para realizar la segunda entrevista.

Apreciamos su tiempo y esfuerzo en ayudarnos con este estudio.
¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar?

* 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).

NOTE to Interviewer: Instructions in blue bold are NOT to be read to participant.

SECTION 1: GENERAL HEALTH

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? [*check one box*]**

Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente
☐	☐	☐	☐	☐

2. ***Por favor piense en su salud física, la cual incluye enfermedades o lesiones físicas. ¿En cuántos de los últimos 30 días diría usted que su salud no fue buena?***	_____ Número de días

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)?**	_____ *Número de días*

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

   ❑ Sí → go to question 5

   ❑ No → go to question 8

SECTION 1: GENERAL HEALTH

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 cuidados personales (como comer, bañarse, vestirse, moverse por la casa) por su discapacidad o problema de salud mayor?	☐	☐	☐
7. ¿Necesita la ayuda de otros con sus actividades habituales (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 ?	☐	☐	☐
8. ¿Está limitada usted con respecto al tipo O a la cantidad de trabajo que puede hacer debido a un problema físico o emocional ?	☐	☐	☐

SECTION 1: GENERAL HEALTH

	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?	☐	☐
10. ¿Recibe beneficios de Seguro Social?	☐	☐

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

13. ¿Cómo describiría su salud <u>emocional</u>? [marque una casilla]

Mala	*Regular*	*Buena*	*Muy buena*	*Excelente*
☐	☐	☐	☐	☐

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?	_____ *Número de días*
15. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días se ha sentido triste, decaída o deprimida?	_____ *Número de días*
16. Durante los últimos 30 días, ¿más o menos cuántos días ha sentido mucha preocupación, o mucha ansiedad?	_____ *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.)?	_____ *Número de días*

SECTION 2: ETHNICITY

Nos gustaría conocer su origen e identidad étnicos.

1.6. ¿Es usted latina o hispana, o no? [circle one]

1 Sí → go to question 1.7
2 No → go to question 1.8
88 REFUSED
99 D/K

1.7. Lea la Tarjeta de Referencia #1. ¿Cuál o cuáles de estos grupos describen su origen o ascendencia latina o hispana? Puede escoger todas las respuestas que correspondan [circle all that apply]

1 Argentina
2 Boliviana
3 Chicana
4 Costarricense
5 Cubana
6 Ecuatoriana
7 Guatemalteca
8 Hondureña
9 Mexicoamericana
10 Mexicana
11 Nicaragüense
12 Panameña
13 Paraguaya
14 Peruana
15 Puertorriqueña
16 Salvadoreña
17 Española americana (de España)
18 Uruguaya
19 Venezolana
87 Otra ascendencia latina (especifique): _____
88 REFUSED
99 D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.7. ☐

1.8. Lea la Tarjeta #2. ¿Cuál o cuáles de estos grupos usaría usted para auto describirse? Puede escoger todas las respuestas que correspondan. [circle all that apply]

1 Indígena americana o nativa de Alaska
2 Asiática
3 Negra/Afroamericana
4 Nativa de Hawai
5 De otra isla del Pacífico
6 Blanca
87 Otra (especifique): _____
88 REFUSED
99 D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.8. ☐

SECTION 2: ETHNICITY

1.9. [If R is American Indian or Alaska Native] – Lea la Tarjeta #3. ¿De cuál o cuáles de las tribus mencionadas proviene usted? Puede escoger todas las respuestas que correspondan [circle all that apply]

1	Athabascan	11	Navajo
2	Cahuilla	12	Pomo
3	Cherokee	13	Pueblo
4	Choctaw	14	Sioux
5	Chumash	15	Tlingit
6	Karuk	16	Yurok
7	Kumeyaay	87	Otra tribu (especifique):_____
8	Luiseno	88	REFUSED
9	Maidu	99	D/K
10	Miwok		

If more than one response selected, check box here and Reference Sheet box 1.9. ☐

1.10. [If R is Indian or Alaska Native] – ¿Está inscrita en una tribu reconocida por el gobierno estatal o federal de EE.UU.?

1 Sí → go to question 1.11
2 No → Check Reference Page response to item 1.8, go to appropriate ethnic group question (if more apply), based on response to 1.8
88 REFUSED
99 D/K

1.11. Lea la Tarjeta #3. ¿En cuál de las siguientes tribus está inscrita? [circle all that apply]

1	Athabascan	11	Navajo
2	Cahuilla	12	Pomo
3	Cherokee	13	Pueblo
4	Choctaw	14	Sioux
5	Chumash	15	Tlingit
6	Karuk	16	Yurok
7	Kumeyaay	87	Otra tribu (especifique): _____
8	Luiseno	88	REFUSED
9	Maidu	99	D/K
10	Miwok		

1.12. [If R is Asian] – Lea la Tarjeta #4. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor (por ejemplo: china, filipina, etc.) Puede escoger todas las respuestas que correspondan. [circle all that apply]

1	Bangladesí	11	Laosiana
2	Birmanesa	12	Malasia
3	Camboyana (kampucheana)	13	Paquistaní
4	China	14	Esrilanquesa
5	Filipina	15	Taiwanesa
6	Hmong	16	Tailandesa
7	India (de la India)	17	Vietnamita
8	Indonesia	87	Otro grupo asiático (especifique): _____
9	Japonesa	88	REFUSED
10	Coreana	99	D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.12. ☐

SECTION 2: ETHNICITY

1.13. [If R is Pacific Islander] – Lea la Tarjeta #5. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor (por ejemplo: samoana, tongana)? Puede escoger todas las respuestas que correspondan. [circle all that apply]

1 Fiyiana
2 Guameña/Chamorra
3 Samoana
4 Tongana
87 De otra isla del Pacífico (especifique): _____
88 REFUSED
99 D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.13. ☐

1.14. [If R is White] – Lea la Tarjeta #6. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor? Puede escoger todas las respuestas que correspondan. [circle all that apply]

1 Árabe del Medio Oriente
2 Del Medio Oriente, no árabe
3 Inglesa
4 Europea oriental
5 Francesa
6 Alemana
7 Irlandesa
8 Italiana
9 Rusa
10 Escandinava
11 De ascendencia europea mixta
87 Otra (especifique): _____
88 REFUSED
99 D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.14. ☐

1.15. [If R is Black/African-American] – Lea la Tarjeta #7. ¿Cuál o cuáles de estos grupos étnicos la describe mejor? Puede escoger todas las respuestas que correspondan. [circle all that apply]

1 Afroamericana
2 Caboverdiana
3 Etiopia
4 Ghanesa
5 Nigeriana
6 Somalí
7 Jamaicana
8 Haitiana
9 Brasileña
85 Otro grupo/país africano (especifique): _____
86 Otro grupo/país antillano/caribeño (especifique): _____
87 Otro grupo/país centro/suramericano (especifique): _____
88 REFUSED
99 D/K

If more than one response selected, check box here and on Reference Sheet box 1.15. ☐

Check Reference Page boxes 1.7 – 1.15.

If any boxes checked, GO TO 1.16.

SECTION 3: DETAILED ANCESTRY | SECTION 4: GENERAL QUESTIONS

1.16. ¿Se identifica usted con <u>una sola</u> raza o grupo étnico en particular?

1 Sí → go to question 1.17
2 No → go to section 3, page 9
88 REFUSED
99 D/K

1.17. Lea la Tarjeta #8. ¿Con cuál de estos grupos raciales o étnicos se identifica usted más? Por favor escoja una sola respuesta. [Circle one]

1 Afroamericana/Negra
2 Indígena americana o nativa de Alaska
3 Árabe del Medio Oriente
4 Del Medio Oriente, no árabe
5 Argentina
6 Asiática
7 Bangladesí
8 Bolivia
9 Brasileña
10 Birmanesa
11 Camboyana (kampucheana)
12 Caboverdiana
13 Chicana
14 China
15 Costarricense
16 Cubana
17 Europea oriental
18 Ecuadoran
19 Inglesa
20 Etiopia
21 Fiyiana
22 Filipina
23 Francesa
24 Alemana
25 Ghanesa
26 Guameña/Chamorra
27 Guatemalteca
28 Haitiana
29 Hmong
30 Hondureña
31 India (de la India)
32 Indonesia
33 Irlandesa
34 Italiana
35 Jamaicana
36 Japonesa
37 Coreana
38 Laosiana
39 Malasia
40 Mexicoamericana
41 Mexicana
42 De ascendencia europea mixta
43 Nativa de Hawai
44 Nicaragüense
45 Nigeriana
46 Paquistaní
47 Panameña
48 Paraguay
49 Perú
50 Puertorriqueña
51 Rusa
52 Salvadoreña
53 Samoana
54 Escandinava
55 Somalí
56 Española americana (de España)
57 Esrilanquesa
58 Taiwanesa
59 Tailandesa
60 Tongana
61 Uruguay
62 Venezuela
63 Vietnamita
64 Blanca
81 Otro grupo africano (especifique):
82 Otro grupo asiático (especifique):
83 Otro grupo centro/suramericano (especifique):
84 Otro grupo latinoamericano (especifique):
85 Otro grupo de las islas del Pacífico (especifique):
86 Otro grupo antillano/caribeño (especifique):
87 Otro (especifique):
88 REFUSED
99 D/K

SECTION 3: DETAILED ANCESTRY | SECTION 4: GENERAL QUESTIONS

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)?	_____	_____

SECTION 4: GENERAL QUESTIONS

Nos gustaría obtener unos datos básicos sobre usted.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____/_____/_____
Month Day Year

3. ¿Cuál es su dirección actual? [enter below]?

_____
Street City State Zip Code

4. ¿Es usted hombre, o mujer? [circle one] Male Female

SECTION 5: EDUCATION AND INCOME

1. **Lea la Tarjeta #9. ¿Cuál es el nivel <u>MÁS ALTO</u> de estudios que usted ha terminado o el título más alto que ha recibido? [check one]**

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

2. **¿En algún momento estudió usted fuera de los Estados Unidos (no incluya los programas de "estudios en el extranjero")? [check one]**

- ❑ *Sí → go to question 3*
- ❑ *No → go to question 4 on next page*

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

Escuela primaria _____ *Years*

Escuela secundaria/High school _____ *Years*

Universidad/Estudios post secundarios _____ *Years*

SECTION 5: EDUCATION AND INCOME

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? [check one]

- ❑ *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*

INCOME

5. **Lea la Tarjeta #10** ***¿Más o menos cuál fue el ingreso total durante el pasado año civil de todos los familiares <u>que vivían en su casa, antes de impuestos</u>? Esto incluye sueldos, programas de beneficios gubernamentales, pagos de manutención de niños, pensiones, beneficios de desempleo y por discapacidad. [check one]***

- ❑ *$24,000 o menos*
- ❑ *$25,000 a $35,000*
- ❑ *$36,000 a $45,000*
- ❑ *$46,000 a $55,000*
- ❑ *$56,000 a $65,000*
- ❑ *$66,000 a $75,000*
- ❑ *$76,000 a $99,000*
- ❑ *$100,000 a $149,000*
- ❑ *$150,000 a $199,000*
- ❑ *$200,000 o más*
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *No Sabe*

SECTION 5: EDUCATION AND INCOME

6. 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. **¿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 la casa, etc. Por "familiares" queremos decir personas relacionadas por sangre, por matrimonio (familiares de su pareja), pareja conviviente o por adopción.**	_____ *# personas*

SECTION 5: EDUCATION AND INCOME

7. **De estas personas, ¿cuántas tienen menos de 18 años de edad*?***	_____ *# personas*
8. **De estas personas, ¿cuántas tienen entre 18 y 64 años de edad*?***	_____ *# personas*
9. **De estas personas, ¿cuántas tienen 65 años de edad o más*?***	_____ *# personas*

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

- ❑ *Sí → go to question 11*
- ❑ *No → go to question 14*

11. ¿Cuántas personas que no son parientes suyos viven en su hogar?	_____ *# 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.**	☐	☐	☐
13. ¿Usted o su familia ayuda a mantener a alguna de estas personas que no sean familiares y que viven en su hogar?	☐	☐	☐

SECTION 5: EDUCATION AND INCOME

	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.*?***	☐	☐	☐
15. ¿Tiene usted algún pariente que NO vive en su hogar pero que ayuda económicamente a sostener a usted o a su familia de hogar? Esto quiere decir que ÉL o 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.	☐	☐	☐

If 'Yes' to 15: **16. ¿Cuántos parientes que no viven en su hogar la ayudan a mantener económicamente a usted o a su familia de hogar?**	_____ *# people*

SECTION 6: WEALTH

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. **Lea la Tarjeta #11. 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. [check one]**

- ❑ *Menos de $0*
- ❑ *Menos de $500*
- ❑ *$500 a $4,999*
- ❑ *$5,000 a $9,999*
- ❑ *$10,000 a $24,999*
- ❑ *$25,000 a $49,999*
- ❑ *$50,000 a $99,999*
- ❑ *$100,000 a $199,999*
- ❑ *$200,000 a $299,999*
- ❑ *$300,000 a $499,999*
- ❑ *$500,000 o más*
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *No sabe*

2. **Lea la Tarjeta #12. 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 <u>no</u> incluye préstamos de hipoteca o auto. *[check one]***

- ❑ *$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*
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *No sabe*

SECTION 8: INDIVIDUAL OCCUPATION/EMPLOYMENT

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. [check one]**

- ❑ *Menos de un mes*
- ❑ *1 – 2 meses*
- ❑ *3 – 6 meses*
- ❑ *7 – 12 meses*
- ❑ *Más de 1 año*
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *No sabe*

SECTION 8: INDIVIDUAL OCCUPATION/EMPLOYMENT

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

1. **Lea la Tarjeta #13. De las siguientes opciones, ¿cuál describe mejor lo que usted hace actualmente?**
   [Escoja 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:***
   _____

SECTION 9: HEALTH INSURANCE

1. ***¿Tiene actualmente algún seguro médico u otro plan de salud? [check one]***

   - ❑ *Sí → go to question 2*
   - ❑ *No → go Section 10, page 19*
   - ❑ *No sabe → go Section 10, page 19*

2. **Lea la Tarjeta #14. ¿Qué seguro médico o cobertura de salud tiene actualmente? [check all that apply]**

   - ❑ *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*

SECTION 10: NEIGHBORHOOD

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?** _____
year

Ahora queremos definir el área que usted considera su vecindario.

2. ¿Tiene nombre su vecindario?

- ❑ *Sí → go to question 3*
- ❑ *No → go to question 4*
- ❑ *No sabe → go to question 4*

3. ¿Cómo se llama? _____

SECTION 10: NEIGHBORHOOD

4. ***¿Existe en su vecindario alguno de los siguientes lugares? [check all that apply]***

	Sí	*No*	*No sabe*
Un parque, área de jugar para niños o espacio abierto	☐	☐	☐
Un supermercado grande en donde comprar alimentos	☐	☐	☐
Una clínica médica o servicio de salud	☐	☐	☐
Un banco o unión de crédito	☐	☐	☐
Una casa de cambio de cheques	☐	☐	☐
Una estación o subestación de policía	☐	☐	☐
Una biblioteca pública	☐	☐	☐

5. ***¿Qué tan frecuente se siente usted segura en su vecindario actual? [check one box]***

Nunca	*A veces*	*La mayor parte del tiempo*	*Siempre*
☐	☐	☐	☐

6. ***Pensando en su vecindario entero, indique hasta qué punto las siguientes situaciones son problemas [circle one choice for each group listed below]:***

	Realmente no es un problema	*Problema menor*	*Problema algo grave*	*Problema muy grave*
Delincuencia en su vecindario	☐	☐	☐	☐
Tráfico	☐	☐	☐	☐
Mucho ruido	☐	☐	☐	☐
Basura acumulada o tirada	☐	☐	☐	☐
Falta de iluminación de noche	☐	☐	☐	☐

SECTION 10: NEIGHBORHOOD

7. Las próximas preguntas son sobre sus vecinos:

	Frecuentemente	***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?	☐	☐	☐	☐
b. ¿Con qué frecuencia se cuidan uno al otro, como llamar si ven un problema?	☐	☐	☐	☐

	Muchos	***Algunos***	***Pocos***	***Ninguno***
c. ¿A cuántos de sus vecinos conoce usted de nombre?	☐	☐	☐	☐
d. ¿Con cuántos vecinos tiene usted conversaciones amistosas por lo menos una vez por semana?	☐	☐	☐	☐
e. ¿A cuántos vecinos podría pedir ayuda para hacer algo en su casa o jardín o pedir una tasa de azúcar u otro favor pequeño?	☐	☐	☐	☐

SECTION 10: NEIGHBORHOOD

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

- ❑ *Sí→ Go to question 9*
- ❑ *No→ Go to question 10*
- ❑ *No sabe→ Go to question 10*

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

- ❑ *Sí*
- ❑ *No*

Escoja la mejor respuesta con respecto a usted y su vecindario. Tanto <u>local</u> como <u>a una distancia caminable</u> significan que se puede <u>caminar</u> 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.		☐	☐	☐
11. Hay tiendas a una distancia fácil de caminar desde su casa.	☐	☐	☐	☐
12. Hay muchos lugares ubicados a una distancia fácilmente caminable desde su casa.	☐	☐	☐	☐
13. Es fácil caminar de su casa a una parada de tránsito (autobús, tren).	☐	☐	☐	☐

SECTION 11: NATIONALITY/IMMIGRATION

Anteriormente le preguntamos sobre los orígenes de sus familiares. Ahora queremos conocer los <u>de usted</u>.

1. **¿En qué país nació usted? _____**

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

   _____

   If born in the United States go to Section 12: Language, page 25.

   All other responses, go to question 3.

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

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

   - ❑ *Sí → go to question 5*
   - ❑ *No → go to question 6, page 24*

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

SECTION 11: NATIONALITY/IMMIGRATION

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	☐	☐	☐	☐
Para mejorar su vida o la de su familia y buscar mejores oportunidades	☐	☐	☐	☐
Para unirse a otros familiares que ya vivían en EE.UU.	☐	☐	☐	☐
Para dar un mejor futuro a los niños en su familia	☐	☐	☐	☐
Por la situación política en su país de origen	☐	☐	☐	☐
Usted (o su familia) fueron maltratados por motivos políticos	☐	☐	☐	☐
Para atención médica	☐	☐	☐	☐
Para tener mejores oportunidades educacionales	☐	☐	☐	☐
Por problemas matrimoniales o familiares	☐	☐	☐	☐

SECTION 12: LANGUAGE

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

1. **¿Qué idiomas habla usted en casa?**

   _____ → Enter response here and in Reference Page box Language 1.

2. **¿Qué idiomas hablaba durante su niñez?**

   _____

   a. If participant lists more than one language in question 2: **¿Qué idioma hablaba más?**

      _____

If participant only speaks English, go to Section 13, page 28.

All other responses (even if they did not list English as a language that they speak): *Las siguientes preguntas tratan sobre el inglés hablado.*

	Nada	*Mal*	*Bastante bien*	*Bien*	*Muy bien*
3. *¿Qué tan bien habla usted inglés?*	☐	☐	☐	☐	☐
4. *¿Qué tan bien entiende el inglés hablado?*	☐	☐	☐	☐	☐
5. *¿Qué tan bien lee inglés?*	☐	☐	☐	☐	☐
6. *¿Qué tan bien escribe inglés?*	☐	☐	☐	☐	☐

❑ *Sí*

❑ *No*

❑ *No sabe/ No ha visto al médico/enfermera*

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?***

SECTION 12: LANGUAGE

8. ¿En qué idioma se sentiría usted más cómoda de <u>hablar</u> con su médico o enfermera?

_____

9. ¿En qué idioma se sentiría usted más cómoda de <u>leer</u> 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?	☐	☐	☐
11. Por lo general, ¿en qué idioma son los programas de televisión y radio o los periódicos que usted mira, escucha o lee?	☐	☐	☐
12. Por lo general, ¿en qué idioma piensa usted?	☐	☐	☐

Check Reference Page box 'Language 1' if participant did NOT list 'English' go to question 13. If speaks English, go to question 19, next page.

13. ¿<u>Habla</u> inglés alguien que vive en su hogar?

- ❑ *Sí → go to to question 14*
- ❑ *No → go to to question 15*

SECTION 12: LANGUAGE

14. En general, ¿qué tan bien habla esta persona inglés? [check one box]

Nada	*Mal*	*Bastante bien*	*Bien*	*Muy bien*
☐	☐	☐	☐	☐

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

- ❑ *Sí → go to to question 16*
- ❑ *No → go to to question 17*

16. En general, ¿qué tan bien lee esta persona inglés? [check one box]

Nada	*Mal*	*Bastante bien*	*Bien*	*Muy bien*
☐	☐	☐	☐	☐

17. ¿Alguien en su hogar escribe inglés?

- ❑ *Sí → go to to question 18*
- ❑ *No → go to question 19*

***18.* En general, ¿qué tan bien escribe esta persona inglés? [check one box]**

Nada	*Mal*	*Bastante bien*	*Bien*	*Muy bien*
☐	☐	☐	☐	☐

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 → go to question 20*
- ❑ *No → go to Section 13, page 28*
- ❑ *No sabe → go to Section 13, page 28*

20. ¿Qué tan bien hablaba usted/esta persona inglés? [check one box]

Nada	*Mal*	*Bastante bien*	*Bien*	*Muy bien*
☐	☐	☐	☐	☐

SECTION 13: LITERACY

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?***	☐	☐	☐	☐	☐

	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?**	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	***A veces***	***La mayor parte del tiempo***	***Siempre***	***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?***	☐	☐	☐	☐	☐
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?***	☐	☐	☐	☐	☐

	No segura	***Algo segura***	***Segura***	***Muy segura***
5. ¿Qué tan segura se siente de poder llenar formularios sin ayuda?	☐	☐	☐	☐

SECTION 14: COMFORT WITH NUMBERS

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 ½, ¼, 1½)?**	☐	☐	☐	☐	☐
2. **¿Qué tan buena es usted para trabajar con los porcentajes (como 6%, 18%)?**	☐	☐	☐	☐	☐
3. **¿Qué tan buena es usted para calcular una propina del 15% sobre una comida u otro servicio?**	☐	☐	☐	☐	☐
4. **¿Qué tan buena es usted para calcular el precio de una camisa que tiene un descuento del 25%?**	☐	☐	☐	☐	☐

	Nada útiles	Algo útiles	Útiles	Muy útiles	No se aplica. Usted no lee el periódico.
5. **Al leer el periódico, ¿qué tan útiles le parecen los cuadros y gráficos incluidos en los reportajes?**	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION 14: COMFORT WITH NUMBERS

	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 palabras ("eso sucede rara vez) o números ("la posibilidad es del 1%")?**	☐	☐	☐	☐	☐
7. **Al escuchar el pronóstico del clima, ¿prefiere usted que se usen porcentajes (como "la posibilidad de que llueva hoy es del 20%") o sólo palabras (como "existe una pequeña posibilidad de que llueva hoy")?**	☐	☐	☐	☐	☐

	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?***	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION 15: SEXUALITY

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)* _____
   - ❑ *REFUSED*
   - ❑ *NO SABE*

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*
   - ❑ *REFUSED*
   - ❑ *NO SABE*

SECTION 15: SEXUALITY

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*
- ❑ *REFUSED*

4. **¿Cuál fue su sexo al nacer?**

- ❑ *Femenino*
- ❑ *Masculino*
- ❑ *Intersexual*
- ❑ *Otro (especifique)* _____
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *NO SABE*

SECTION 15: SEXUALITY

5. ¿Alguna vez ha usado <u>hormonas</u> 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*
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *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):* _____
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *NO SABE*

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

- ❑ *Masculino*
- ❑ *Femenino*
- ❑ *Otro (especifique):* _____
- ❑ *REFUSED*
- ❑ *NO SABE*

SECTION 16: CONCLUSION

Hemos terminado la entrevista.

If SECOND interview, go to ➡

If FIRST interview, go to ➡

➡ Como le mencionamos anteriormente, su participación en el estudio incluye realizar una segunda entrevista.

¿Está bien si la llamamos otra vez en aproximadamente un mes para hacerle otra entrevista similar?

If Sí → proceed to schedule retest interview below.

If No→ Estamos anotando las razones por las cuales las personas prefieren no hacer la segunda entrevista. ¿Me permite preguntarle por qué razones prefiere no participar? *Comments regarding refusal:*

_____

_____

RETEST SCHEDULING:

Retest Date: _____

Retest Time:_____

Phone number to call: _____

➡ Muchísimas gracias por haber participado. Estamos REALMENTE agradecidos por su ayuda hoy. Le enviaremos un cheque de $10.00 como muestra de nuestro agradecimiento.

If participating in second interview: Después de completar la segunda entrevista, le enviaremos otro cheque de $10.00.