

A2.1 ¿Por lo general, qué idioma(s) habla en su casa? **LEA Alternativas**

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que **francés**.
- 3. Ambos por igual.
- 4. Francés más que español.
- 5. Sólo francés.

A3. ¿Por lo general, en qué idioma(s) piensa?

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que **inglés**.
- 3. Ambos por igual.
- 4. Inglés más que español.
- 5. Sólo inglés

A3.1 ¿Por lo general, en qué idioma(s) piensa?

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que **francés**.
- 3. Ambos por igual.
- 4. Francés más que español.
- 5. Sólo francés.

A4. ¿Por lo general, en qué idioma(s) habla con sus amigos(as)? **LEA Alternativas**

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que **inglés**.
- 3. Ambos por igual.
- 4. Más inglés español.
- 5. Sólo inglés

A4.1 ¿Por lo general, en qué idioma(s) habla con sus amigos(as)?

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que **francés**.
- 3. Ambos por igual.
- 4. Más francés que español.
- 5. Sólo francés.

A4.2 Cuando está trabajando ¿Por lo general, en qué idioma(s) habla en su trabajo?

- 1. Sólo español.
- 2. Más español que inglés o francés.
- 3. Todos por igual.
- 4. Más inglés o francés que español.
- 5. Sólo inglés o francés.

A5. ¿Qué tan bien habla usted **inglés**?

- 1. Nada
- 2. Pobremente
- 3. Regular
- 4. Bien
- 5. Fluidamente, como nativo.

A6. ¿Qué tan bien habla usted **francés**?

- 1. Nada
- 2. Pobremente
- 3. Regular
- 4. Bien
- 5. Fluidamente, como nativo.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN / ETNICIDAD

1. ¿Ve usted la televisión en español?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

2. ¿Escucha usted la radio en español?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

3. ¿Lee usted el periódico en español?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

4. ¿Tiene usted acceso a la internet?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

5. ¿Ve usted la televisión en inglés / francés?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

6. ¿Escucha usted la radio en inglés / francés?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

7. ¿Lee usted el periódico en inglés / francés?

- Sí** **No**
- Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?
- Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

SECCIÓN B. CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAUSAS DEL CÁNCER

Hay algunas cosas que podrían o no podrían ser posibles causas de cáncer. Por favor díganos ¿qué cosas cree usted pueden causar cáncer? Para cada pregunta por favor conteste **Sí o No**.

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| B1. ¿Amamantar el bebé? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B2. ¿Moretes por haber sido golpeada? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B3. ¿Tomar antibióticos? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B4. ¿Beber alcohol en exceso? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B5. ¿Pastillas o píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B6. ¿Suplementos hormonales (estrógenos) después de la menopausia? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| B7. ¿Relaciones sexuales? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

SECCIÓN C. ACTITUDES Y CREENCIAS**ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

Algunas personas tienen dificultad para obtener atención médica. Ahora, quisiera preguntarle sobre problemas que usted podría tener:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| C1. ¿Tiene problemas con el transporte para ir al médico? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C2. ¿Tiene que esperar demasiado para que le den la cita médica? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C3. Si tiene niños (as), ¿tiene problemas en encontrar quien los cuide? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C4. ¿Tiene problemas con el idioma al hablar con las enfermeras o el médico? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C5. ¿Siente que las enfermeras o los médicos la tratan diferente porque usted es Latina? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C6. ¿Tiene que esperar demasiado tiempo en la sala de espera? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C7. ¿Siente que hay demasiado papeleo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C8. ¿Tiene seguro (tarjeta de OHIP)? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

C9. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha ido a ver el médico? Veces _____

(Este número puede también incluir las visitas a cualquier otro especialista)

C10. ¿Tiene un solo médico de familia (cabecera) al quien usted va habitualmente cuando está enferma o desea un chequeo físico?

Sí No **(Sí la persona tiene más de uno = Sí)**

C11. ¿Existe un centro de salud comunitario (Community Health Centre) donde usted acude habitualmente para la atención médica?

Sí No

C11.1 ¿Existe una clínica (walk-in clinic) donde usted acude habitualmente para la atención médica?

Sí No

C11.2 ¿Existe una clínica especializada en el hospital donde usted acude habitualmente para la atención médica?

Sí No

C12 ¿Alguna vez un médico le ha dicho que usted tenía cáncer?

No (**Salte a la número C14**) Sí (**Si "SÍ", continúe con la C13**)

C13. PUEDE NOMBRAR MÁS DE UNO ¿Qué tipo? **NO LEA Alternativas**

- 1. Seno
- 2. Cuello uterino.
- 3. Pulmón
- 4. Colorectal
- 5. Útero
- 6. Vejiga urinaria
- 7. Linfoma
- 8. Otro (Especifique) _____

Ahora le preguntaremos sobre sus opiniones acerca de la salud, del cáncer y los servicios médicos. Para cada pregunta por favor responda: **Sí o No.**

C14. ¿Cree usted que la vida y la muerte están completamente fuera de nuestro control? No Sí

C15. ¿Va usted al médico para que le haga chequeos aun cuando usted está bien? No Sí

C16. ¿Confía en los médicos? No Sí

C17. ¿Cree usted que la enfermedad es cosa de suerte o del destino? No Sí

C18. ¿Evita usted ir al médico aun cuando está muy enferma? No Sí

C19. ¿Le preocupa que le dé cáncer? No Sí

19 a. Sí, **Sí** un poco, algo, algunas veces?

19 b. Sí, **Sí** mucho, bastante, casi siempre?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| C20. ¿Cometen los médicos demasiados errores? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C21. Sí tuviera cáncer, ¿hablaría de ello con sus amistades? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C22. ¿Cree usted que el cáncer puede ser curado? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C23. ¿Cree usted que los médicos ordenan exámenes innecesarios? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C24. ¿Se sentiría usted incómoda al estar cerca de alguien con cáncer? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C25. ¿Cree usted que el cáncer es un castigo de Dios? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C26. Sí usted tuviera cáncer incurable, ¿Quisiera saberlo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C27. ¿Le dedican los médicos el tiempo adecuado a usted durante una consulta? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C28. ¿Tiene demasiados problemas como para preocuparse de que le dé cáncer? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C29. ¿Le asusta a usted la palabra "cáncer"? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |
| C30. ¿Piensa usted que puede tener cáncer sin saberlo? | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí |

SECCIÓN D. PRUEBAS PARA DETECTAR EL CÁNCER

MAMOGRAFÍA

D1. ¿Alguna vez ha oído usted sobre la mamografía?

Sí No

Para aclarar, una **mamografía** es una radiografía de los senos tomada por una máquina que comprime los senos. Este rayo-x le toma una fotografía en la que se examina la presencia de cáncer del seno en su etapa temprana.

D2. ¿Alguna vez se ha hecho usted una mamografía?

Sí **(Sí menor de 50 años salte a la D11)**
(Sí es mayor de 50 pase a la D4)

No **(Sí menor de 50 años salte a la D14)**
(Sí es mayor de 50 años pase a la D3)

D3. ¿Alguna vez ha pensado usted en hacerse una mamografía?

Sí **(continúe con la D4)** No **(Salte a la D14)**

Algunas mujeres están planificando hacerse una mamografía en el futuro y algunas no lo están planeando.

D4. ¿Planifica hacerse usted una mamografía en los próximos:

D4.1 Si usted es MAYOR DE 50 AÑOS, ¿Planifica usted hacerse una mamografía en los próximos 12 meses?

Sí **(Sí “Sí” a la D2 y D4.1 salte a la D9)** No **(continúe con la D4.2)**

D4.2 Si usted nunca ha tenido una mamografía, ¿Planifica hacerse uno en los próximos 12 meses

Sí No

(Sí “Sí” a la D2 y a la D4.2 Salte a la D9)

D4.3 Si usted es Menor DE 50 AÑOS, ¿Planifica usted hacerse una mamografía en los próximos 24 meses?

Sí No

(Sí “Sí” a la D2 y a la D4.3 Salte a la D9)

Hay muchas razones por las cuales las mujeres no se hacen una mamografía.

D5. ¿Cuál es la razón más importante por la cuál usted no planifica hacerse una mamografía?

Seleccione sólo una y No Lea las alternativas.

- 1. El médico no lo recomendó.
- 2. No lo necesito a mi edad.
- 3. Yo estoy preocupada del costo.
- 4. Una mamografía podría ser dolorosa o incomodo.
- 5. Los rayos-x de la mamografía son peligrosos.
- 6. Es vergonzoso hacerme ese tipo de examen.
- 7. No tengo tiempo para hacerme una mamografía.
- 8. No necesito una mamografía por que yo estoy saludable.
- 9. He oído cosas malas sobre las mamografías.
- 10. Temo que el técnico de los rayos equis pudiera ser hombre.
- 11. Temo que la mamografía mostrara cáncer.
- 12. Otra (Especifique) _____.

D6. ¿Cuál es la siguiente razón más importante por la cuál usted no planifica hacerse una mamografía?

No LEA las alternativas. Seleccione otra de la lista anterior y escriba el número. #

(Sí respondió NO a la D2 Y a las D4 pase a la D13)

D7 ¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no se ha hecho una mamografía en el pasado?

Seleccione solo una y No LEA las alternativas.

- 1. El médico no lo recomendó.
- 2. No lo necesito a mi edad.
- 3. Yo estoy preocupada del costo.
- 4. Una mamografía podría ser dolorosa o incomodo.
- 5. Los rayos-x de la mamografía son peligrosos.
- 6. Es vergonzoso hacerme ese tipo de examen.
- 7. No tengo tiempo para hacerme una mamografía.
- 8. No necesito una mamografía por que yo estoy saludable.
- 9. He oído cosas malas sobre las mamografías.
- 10. Temo que el técnico de los rayos equis pudiera ser hombre.
- 11. Temo que la mamografía mostrara cáncer.
- 12. Otra (Especifique) _____.

D8. ¿Cuál es la siguiente razón más importante por la que no se ha hecho una mamografía en el pasado?

No Lea las alternativas, seleccione otra de la lista anterior y escriba el número.

Sí usted respondió NO a la D2 pase a la D13

D9. ¿Cuántas mamografías ha tenido en los últimos 5 años? **NO LEA Alternativas**

- 0. Ninguna
- 1. Una
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco o más (cada año)

Ahora por favor cuéntenos sobre sobre su última mamografía.

D10. ¿Más o menos hace cuánto tiempo tuvo su última mamografía?

Años _____ **De por favor números enteros**

Si ha sido menos de 1 año escriba cuantos meses. Meses _____

A las mujeres se les hace una mamografía ya sea por un problema tal como un abultamiento o para un chequeo.

D11 ¿Cuál fue la razón de su última mamografía? Fue por:

- Un problema (como un abultamiento, dolor o descargo)
- Un chequeo.
- Otra** (Especifique) _____

Si es menor de 50 años Salte a la D14

D12. ¿Le pidió usted al médico o a la enfermera hacerse su última mamografía o el médico o la enfermera le recomendó que se hiciera la mamografía?

- Usted pidió esa mamografía **(salte a la D14)**
- El médico / enfermera me recomendó esa mamografía.

D13. ¿Alguna vez usted le ha pedido al médico que le haga una mamografía?

- Sí
- No.

Un examen de los senos se hace cuando un médico o enfermera palpa sus senos en busca de pequeñas bolitas o abultamientos.

D 20. ¿Alguna vez le ha examinado sus senos un médico o una enfermera?

- Sí (**Continúe con la D21**)
- No (**Salte a la D23**)

D21. Más o menos, ¿hace cuanto tiempo le hicieron su último examen de los senos?

_____ Años **De por favor números enteros**

Sí menos de un año escriba cuantos meses. Meses _____

A las mujeres habitualmente les hacen un examen de los senos como parte de un chequeo o para investigar un problema como bolitas o abultamientos.

D22. ¿Cuál fue la razón de su último examen de los senos hecho por un médico o una enfermera?

- 1. Un problema (como dolor, descargo del pezón, una bolita)
- 2. Un chequeo
- 3. **NO LEA** Otra (Especifique) _____.

D23. ¿Ha oído usted alguna vez sobre el examen de los senos que la mujer se hace a sí misma?

? Si _ No

D24. Para aclarar, el auto examen de los senos es cuando uno se examina los senos con sus propios dedos en busca de bolitas o abultamientos. ¿Alguna vez le han enseñado como hacerse el auto examen de los senos?

? Si _ No

D25. ¿Alguna vez se ha examinado sus propios senos?

- Sí No (**Salte a la D 29**)

D26. ¿Siente que usted sabe como examinarse sus senos lo suficientemente bien como para encontrar bolitas o pequeños abultamientos?

? Si _ No

D27. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha examinado sus propios senos?

Veces _____

D28 ¿Cómo aprendió a examinarse sus propios senos? **(Marcar las que se apliquen)**

- 1. Folleto / revista
- 2. Médico
- 3. Enfermera /Educador de salud
- 4. Taller o presentación
- 5. Película / video.
- 6. Otra (Especifique) _____.

D29. ¿Se siente incómoda o avergonzada al examinar sus propios senos?

? Si _ No

EXAMEN DE CITOLOGÍA O PAPANICOLAOU (PAP)

D30. ¿Alguna vez ha oído sobre el examen pélvico?

? Si _ No

Para aclarar, un examen pélvico es el examen en que un médico o una enfermera le examina los órganos femeninos internos.

D31. ¿Alguna vez le ha hecho a usted un médico o enfermera un examen pélvico?

? Si _ No

D32. ¿Alguna vez ha oído sobre el examen de Citología o PAP/Papanicolaou?

? Si **(salte a la D 34)**

D33. _ No **(salte a la D 35)**

Para aclarar, el examen del PAP o Citología o Papanicolaou es cuando un médico o una enfermera toma una muestra de las células de adentro de la vagina de la mujer durante un examen vaginal / pélvico.

D34. ¿Le han hecho un examen de Citología o Papanicolaou?

Sí **(Salte a la D36)**

No **(Sí NO a la D32 y a la D34 pase a la D47)**

D35. ¿Alguna vez ha pensado en hacerse usted el examen de Citología o Papanicolaou?

Sí **(Pase a la D36)**

No **(Pase a la D46)**

D36. ¿Planifica hacerse un examen de Citología o Papanicolaou en los próximos 12 meses?

- No (**Continúe con la D37**)
- Sí (**Sí a las D34 y D36 pase a la D41**)

(Sí No a la D34 y Sí a la D36 continúe)

Hay muchas razones por las cuales las mujeres no se hacen exámenes de Citología o Papanicolaou.

D37. ¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no ha planificado hacerse examen de Citología o Papanicolaou?

Seleccione sólo una y NO LEA las alternativas.

- 1. El médico no lo recomendó.
- 2. No lo necesito a mi edad.
- 3. Yo estoy preocupada del costo.
- 4. No tengo seguro médico (tarjeta de OHIP)
- 5. Es vergonzoso hacerme ese tipo de examen.
- 6. Un examen de Citología o Papanicolaou podría ser doloroso o incomodo
- 7. No tengo tiempo para hacerme un examen de Citología o Papanicolaou.
- 8. No necesito un examen de Citología o Papanicolaou por que yo estoy saludable.
- 9. He oído cosas malas sobre los exámenes de Citología o Papanicolaou.
- 10. Temo que el doctor o enfermero pudiera ser un hombre.
- 11. Mi esposo / pareja no quiere que me lo haga.
- 12. Temo que el examen de Citología o Papanicolaou mostrara cáncer.
- 13. Otra (Especifique): _____.

D38 ¿Cuál es la siguiente razón mas importante por la que usted no ha planeado hacerse un examen de Citología o Papanicolaou?

NO LEA las alternativas, seleccione otra de la lista anterior y escriba el número. #__

SÍ NUNCA HA TENIDO UN EXAMEN De Citología o Papanicolaou SALTE A LA D45

D39 ¿Cuál es la razón más importante por la cual usted no se ha hecho un examen de Citología o Papanicolaou?

Seleccione solo una Y NO LEA las alternativas.

- 1. El médico no lo recomendó.
- 2. No lo necesito a mi edad.
- 3. Yo estoy preocupada del costo.
- 4. No tengo seguro médico (tarjeta de OHIP)
- 5. Es vergonzoso hacerme ese tipo de examen.
- 6. Un examen de Citología o Papanicolaou podría ser doloroso o incomodo
- 7. No tengo tiempo para hacerme un examen de Citología o Papanicolaou.
- 8. No necesito un examen de Citología o Papanicolaou por que yo estoy saludable.
- 9. He oído cosas malas sobre los exámenes de Citología o Papanicolaou.
- 10. Temo que el doctor o enfermero pudiera ser un hombre.
- 11. Mi esposo / pareja no quiere que me lo haga.
- 12. Temo que el examen de Citología o Papanicolaou mostrara cáncer.
- 13. Otra (Especifique): _____.

D40 ¿Cuál es la siguiente razón mas importante por la que usted no se ha hecho un examen de Citología o Papanicolau?

NO LEA las alternativas. Seleccione otra de la lista anterior y escriba el número. #

D41. ¿Cuántos exámenes de Citología o Papanicolaou ha tenido en los últimos cinco años?

- 0. Ninguno
- 1. Uno
- 2. Dos
- 3. Tres
- 4. Cuatro
- 5. Cinco o más (cada año)

Ahora por favor cuéntenos sobre su último examen de Citología o Papanicolaou.

D42 ¿Más o menos hace cuanto le hicieron a usted el último examen de Citología o Papanicolaou? **Años** _____ **Por favor de números enteros.**

Sí menos de 1 año escriba cuantos meses. **Meses** _____

A las mujeres se les hace una Citología o Papanicolau ya sea por un problema (tal como hemorragia vaginal anormal) o por un chequeo.

D43. ¿Cuál fue la razón de su último examen de Citología o Papanicolau?

- 1. Un problema (como hemorragia vaginal anormal, dolor de la pelvis, flujo vaginal, infección)
- 2. Un chequeo
- 3. **NO LEA** Otra (Especifique) _____

D44. ¿Le pidió al médico o enfermera su último examen de Citología o Papanicolaou o el médico o enfermera simplemente se lo hizo?

- Usted pidió ese examen de Citología o Papanicolaou (**Salte a la D46**)
- El médico / enfermera simplemente se lo hizo.

POR FAVOR RESPONDA

D45. ¿Alguna vez le ha pedido usted al médico que le haga un examen de Citología o Papanicolaou?

_ Sí _ No

D46. ¿Dónde iría usted Sí quisiera hacerse un examen de Citología o Papanicolaou?

NO LEA alternativas

- 1. A los hospitales como Riverside, Cívico o General
- 2. A las clínicas donde no se necesita cita (Walk-in clinic)
- 3. A un Centro de Salud Comunitario
- 4. Al consultorio de su médico
- 5. Otro (especifique) _____

CONOCIMIENTOS DEL EXAMEN DEL PAPANICOLAOU

D47. Sí el cáncer del cuello uterino es detectado temprano, ¿cuáles son las posibilidades de sobrevivir?

- 1. Excelentes.
- 2. Buenas
- 3. No muy buenas
- 4. Ninguna

D48 ¿Usted cree que necesita un examen de Citología o Papanicolaou a su edad?

? Si _ No

D49 ¿ Necesita una mujer el examen de Citología o Papanicolaou aunque no esté casada y no tenga compañero sexual?

? Si _ No

D50 ¿Una mujer necesita el examen de Citología o Papanicolaou después de la menopausia?

? Si _ No

D51 ¿Teme tanto al tratamiento del cáncer (como la cirugía y quimioterapia) que evita los exámenes del cáncer?

? Si _ No

PREFERENCIAS / EXPERIENCIAS

D52. Para un examen pélvico / vaginal, ¿prefiere usted un médico que sea latino / hispano o no latino / hispano?

- 1. Latino o hispano
- 2. No latino / hispano.
- 3. **NO LEA** No importa

D53. Para un examen pélvico / vaginal, ¿prefiere usted un médico o enfermera que hable español, inglés o francés?

- 1. Español.
- 2. Inglés
- 3. Francés
- 4. **NO LEA** No importa

D54 ¿Prefiere usted para su examen de Citología o Papanicolaou un médico / enfermero que sea hombre o mujer?

- 1. Hombre
- 2. Mujer
- 3. **NO LEA** No importa

D55 ¿Prefiere usted para su examen de Citología o Papanicolau un médico(a) / enfermero(a) que sea mayor o más joven?

- 1. Mayor
- 2. Más joven
- 3. **NO LEA** No importa

D56 ¿Conoce a alguien quien haya tenido cáncer del seno o del cuello uterino?

? Si _ No

SECCIÓN E. ESTADO DE SALUD

E1. ¿En estos días como considera usted su estado de salud? Diría usted que es:

- 1. Excelente **LEA LAS Alternativas**
- 2. Buena
- 3. Regular
- 4. Mala

E2. ¿Ha tenido una histerectomía? (Operación donde le quitan la matriz o útero?)

? Si _ No

E3 ¿Ha llegado usted a la menopausia?

? Si _ No (**NO salte a la F1**)

E4. Algunas mujeres toman suplementos hormonales tal como píldoras o inyecciones de estrógenos para tratar los malestares de la menopausia, ¿alguna vez ha tenido usted terapia hormonal?

? Si **(Continúe con la E4b)** _ No **(Salte a la F1)**

E4b. ¿Por cuánto tiempo?

- Menos de un año.
- De 1 a 5 años.
- Más de 5 años.

SECCION F. DEMOGRÁFICAS

F1. ¿Tiene usted algún tipo de seguro de salud, además del seguro gratuito de la provincia de Ontario (OHIP) o del seguro federal para los refugiados? Como por ejemplo:

LEA ALTERNATIVAS

- 1. Plan de salud por mi trabajo
- 2. Plan de salud por el trabajo de mi esposo
- 3. Plan de salud por el trabajo de mi padre/madre
- 4. Seguro privado tal Blue Cross u otro
- 5. No, no tengo ninguno seguro adicional

Ahora por favor responda algunas preguntas acerca de usted.

F2. ¿En que país nació usted?

- Canadá
- Estados Unidos
- México
- América Central (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Panamá, Costa Rica).
- América del Sur (Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Brasil, Uruguay, Paraguay).
- El Caribe (Puerto Rico, Cuba, Republica Dominicana)
- España
- Otro (Especifique), cuál _____.

F2a. Las familias de la mayoría de la gente en Canadá vienen de otros países. De donde viene la mayoría de su familia? Elija el país de donde viene la mayoría, de las personas de su familia, o el país al que se siente mas cerca.)

- 1. México
- 2. Estados Unidos
- 3. América Central (Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Panamá, Costa Rica).
- 4. América del Sur (Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina, Chile, Brasil, Uruguay, Paraguay).
- 5. El Caribe (Puerto Rico, Cuba, República Dominicana)
- 6. España
- 7. Otro (Especifique), cuál _____.

F3. ¿Cuántos años ha vivido en Canadá? Años _____

Si tiene menos de un año escriba 1: _____

F4. ¿Cuál fue el último año de educación formal que usted terminó? (Por favor **no incluya** clases del idioma inglés /francés y las clases de entrenamiento del trabajo.)

F4.1 En Canadá?

Número de años de Primaria ____ Secundaria ____ Instituto técnico ____ Universidad _____

F4.2 En otro país?

Número de años de Primaria ____ Secundaria ____ Instituto técnico ____ Universidad _____

Total de años _____

F5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en Ottawa ? Número de años _____

Si tiene menos de 1 año escriba 1: _____

F6. ¿Está usted trabajando actualmente?

- 1. Tiempo completo
- 2. Tiempo parcial
- 3. No esta empleada ni recibe salario
- 4. Retirada
- 5. Incapacitada.
- 6. Ama de casa.
- 7. Estudiante.

F7. ¿Cuál es su estado civil?

- 1. Soltera / Nunca casada
- 2. Casada
- 3. Separada / Divorciada
- 4. Viuda
- 5. Concubina

F8 ¿Cuál es su religión?

- 1. Cristiano protestante.
- 2. Católica
- 3. Budista
- 4. Judía
- 5. Otra (especifique) _____
- 6. No tiene preferencia / no tiene religión.

F9. Durante el año pasado, ¿qué tan seguido ha atendido a los servicios religiosos o de iglesia?

- 0. Nunca.
- 1. Menos de una vez por mes..
- 2. Cada dos o tres meses
- 3. Cada mes.
- 4. Una vez por semana.
- 5. Más de una vez por semana

F10. Durante el año pasado, ¿qué tan seguido ha asistido a actividades públicas sociales, y recreativas/ fiestas organizadas por la comunidad de habla hispana en Ottawa?

- 0. Nunca.
- 1. Menos de una vez por mes
- 2. Cada dos o tres meses.
- 3. Cada mes.
- 4. Una vez por semana.
- 5. Más de una vez por semana

F11 ¿Cuál es su código postal? _____ F11.1. ¿ En que sector de la ciudad vive?

1. Ottawa__ 2. Gloucester__ 3. Nepean__ 4. Kanata__ 5. Vanier__

F12. En total, ¿cuántas personas viven en su casa? Personas _____

Yo le haré algunas preguntas acerca de sus ingresos. Sabemos que podría ser difícil estimar los ingresos. Sin embargo, esta información nos será muy útil para comprender más acerca de la necesidad de la asistencia en los cuidados de la salud en la comunidad hispana. Esta información será estrictamente confidencial.

F13. ¿Podría usted por favor estimar el ingreso total aproximado de miembros de su casa para el año pasado, 2001?

- 0. Menos de \$ 15,000-
- 1. \$ 15,001 a \$ 18,000
- 2. \$ 18,001 a \$ 23,000
- 3. \$ 23,001 a \$ 28,000
- 3. \$ 28,001 a \$ 31,000
- 4. \$ 31,001 a \$ 35,000
- 5. \$ 35,001 a \$ 38,000
- 6. \$ Más de \$ 38,000

F14. En total, ¿cuántas personas dependen de ese ingreso? Personas _____

F15. ¿Nació en Canadá ninguno, uno o ambos de sus padres?

- 0. No, ninguno de mis papás.
- 1. Sí, uno de mis papás.
- 2. Sí, ambos padres.

SECCIÓN G. EXPOSICIÓN A LA INTERVENCIÓN

G1. En los últimos seis meses, ¿ha leído o escuchado acerca de “Mujer Sana, Comunidad Sana”?

? Si _ No

Si “Sí” ¿Dónde escuchó o leyó esa información?

Marque todas las respuestas posibles

- 1. La televisión
- 2. La radio
- 3. El periódico latino
- 4. Un folleto / revista
- 5. Un póster / anuncio / volante
- 6. Un (a) amigo (a) familiar
- 7. Una presentación en la escuela o en el trabajo.
- 8. Una presentación en un club, organización, iglesia.
- 9. Personal de salud (médico, enfermera, farmacéuta)
- 10. Una clínica, hospital o centro de salud.
- 11. Otro (Especifique) _____ .

En los últimos seis meses:

G2. ¿Ha visto un anuncio en la televisión sobre el cáncer?

? Si _ No

G3. ¿Ha escuchado un anuncio o comercial en la radio sobre el cáncer?

? Si _ No

G4. ¿Ha escuchado un programa en la radio, una entrevista radial o una charla sobre el cáncer?

? Si _ No

G5. ¿Ha recibido información sobre el cáncer?

? Si _ No

G6. ¿Ha visto un video, una película, o una presentación de diapositivas sobre el cáncer?

? Si _ No

G7. ¿Ha atendido una sesión o presentación sobre el cáncer en un centro de salud?

? Si _ No

Si “sí”, cuál centro? _____

SECCIÓN H. FUMAR

Ahora, nos gustaría que por favor responda algunas preguntas acerca del fumar cigarrillos.

H1. ¿Fuma usted cigarrillos actualmente, aunque sea una aspirada ocasionalmente?

? Si (**Continúe con la H2**) _ No (**Salte a la I 1**)

H2. En promedio ¿cuántos cigarrillos se fuma en un día?

Cigarrillos en un día (un paquete contiene 20 a 25 cigarrillos)

Número de Cigarrillos en un día _____

H3. En total, ¿cuántas personas fuman cigarrillos en su casa?

Número de personas que fuman _____

SECCIÓN I. CONSUMO DE ALCOHOL

Ahora nos gustaría preguntarle acerca del uso de bebidas alcohólicas como por ejemplo la cerveza, el vino, "wine coolers", cócteles y licores tal es como el vodka, ginebra, ron o whisky.

I1. ¿Ha tomado cerveza, vino, "wine coolers", cócteles, o licor durante el mes pasado?

? Si (**Continué con la I2**) _ No (**salte a la J1**)

I2. En promedio durante el mes pasado, ¿cuántos días del mes tomó usted alguna bebida alcohólica?

Días _____

I3. En los días que usted bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos por día tomó en promedio? Un trago es una botella o lata de cerveza, un vaso de vino, o un cóctel.

Cantidad de tragos _____

I4. ¿Cuántos días durante el mes pasado tomó 5 o más tragos en UNA sola ocasión?

Número de días _____

Ninguno (escriba 0) _____

I5. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces manejó cuando había tal vez tomado demasiado?

Número de veces que manejó _____

Nunca (escriba 0) _____

**SECCION J. VIDA INTIMA RELACIONADA
CON EL CÁNCER DEL CUELLO UTERINO**

Para terminar por favor responda algunas preguntas un poco más personales, que están relacionadas con el cáncer del cuello uterino. Como le mencionamos previamente más de 200 mujeres están participando en esta encuesta y sus respuestas serán absolutamente confidenciales.

J1. ¿A que edad tuvo su primer embarazo?

Edad _____

Nunca embarazada (**salte a la J3**)

J2. ¿Cuántos hijos tiene? Hijos(as) _____

J3. ¿Tuvo usted relaciones sexuales el año pasado?

Sí (**continúe con la J4**)

No (**Salte a la J6**)

J4. ¿Regularmente, usó usted o su compañero(a) condones o preservativos, diafragma, esponja o capa del cuello uterino en sus relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

1. Sí

2. A veces, o

3. No.

J5. ¿Cuántos compañeros (as) sexuales tuvo en los últimos 12 meses?

Número de parejas sexuales _____

POR FAVOR RESPONDA

J6. ¿Alguna vez ha tenido usted o su compañero(a) alguna enfermedad sexualmente transmitida como: Sífilis, gonorrea, virus del papilloma humano, o herpes?

? Si _____ No _____

J7. ¿a que edad comenzó usted a tener relaciones sexuales?

Edad en años _____

J8. Aproximadamente cuántos(as) compañeros(as) sexuales ha tenido en toda su vida?

Compañeros sexuales _____

GRACIAS POR SU VALIOSA COOPERACIÓN.

Sus respuestas nos ayudarán mucho para mejorar los programas de promoción de salud para la comunidad hispana.

Por favor no olvide de poner este cuestionario en el sobre que lo acompaña y sellarlo. Entregue el sobre a la Promotora de Salud Comunitaria o envíelo por correo directamente a la dirección de Mujer Sana.

¿ PODRIAMOS COMUNICARNOS CON USTED MAS ADELANTE, PARA INVITARLA A PARTICIPAR EN OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD DE LA MUJER?

_Si

_No

Por favor no olvide llenar el Cupón que está en una hoja separada para poder incluirla en la rifa o si usted desea que la invitemos a futuras actividades de Mujer Sana.

Sí usted quiere obtener mayor información sobre el cáncer o otros temas de salud, usted puede llamar a

- **Su Promotora de Salud Comunitaria de Mujer Sana al 233-4443 Ext: 2153**

O también a:

- **Telehealth Ontario al 1-866-797-000. A este número puede llamar a cualquier hora y es completamente gratis. Si lo desea puede pedir hablar con una enfermera que hable español.**

Si tiene más preguntas sobre el porqué de esta encuesta usted puede contactar a:

- **Alma Estable, Investigadora de la Consultoría Gentium, al 232-1823 o**
- **Sara Torres, Investigadora de LAZO, al 233-4443 ext: 2212.**

FECHA DEL DIA DE HOY _____

Por favor no olvide de llenar el cupón de la rifa en la hoja aquí incluida y la cuál sera guardada separadamente de la encuesta.

**Cupón para Inscribirse a la
Rifa de 11 premios de Mujer Sana**

Nombre: _____

Dirección:

Teléfono:

Correo
Electrónico:

Mejor Hora
para
contactarla: _____

MUCHAS GRACIAS.