



41670

Número de OMB: 0935-0118

Fecha de vencimiento de la aprobación: 01/31/2013



Medical Expenditure Panel Survey

# Sus experiencias con el cáncer

- Esta encuesta es acerca de las secuelas o efectos secundarios del cáncer y de los tratamientos para el cáncer en la vida de las personas a quienes se les ha diagnosticado cáncer.
- En la encuesta se le preguntará sobre los efectos del cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios que ese tratamiento ha tenido en su trabajo, finanzas, cobertura de seguro médico y en la vida en general. El objetivo de esta encuesta es ayudar a mejorar las experiencias de las personas que en el futuro serán diagnosticadas con cáncer. Por favor tómese el tiempo de contestar estas preguntas acerca de sus experiencias con el cáncer.
- Su participación es voluntaria y todas sus respuestas se mantendrán de forma confidencial hasta donde lo permita la ley. Si tiene alguna pregunta acerca de esta encuesta, puede comunicarse con Alex Scott en el 1-800-945-MEPS (6377).
- La persona cuyo nombre aparece a continuación debe contestar esta encuesta:

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

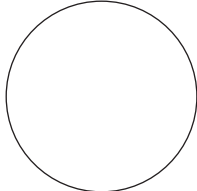
---

**FECHA DE NACIMIENTO:**

		/			/					<b>PID:</b>			
MES			DÍA			AÑO							

**RUID:**

--	--	--	--	--	--	--	--

- Cuando haya terminado de contestar la encuesta, dóblela y ciérrela con esta etiqueta y póngala en el sobre que se le ha entregado. → 
- Pase a la página siguiente para contestar la encuesta.

Sus respuestas se mantendrán de forma confidencial hasta donde lo permite la ley, incluyendo el estatuto de confidencialidad de la AHRQ, 42 USC 299c-3(c). Esa ley exige que la información que se reúne para estudios realizados o respaldados por la AHRQ, y que identifique a las personas o a los establecimientos, se use únicamente con el fin con el que fue dada a menos que usted dé autorización para usarla con otros fines. Se calcula que el tiempo que les toma a las personas dar esta información es de 20 minutos por respuesta. Ese es el tiempo que se calcula para contestar la encuesta. Una agencia no puede realizar ni auspiciar una recolección de información y una persona no está obligada a responder a dicha recolección a menos de que esta tenga un número OMB vigente. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo del tiempo para contestar esta encuesta o respecto a otros aspectos de esta recolección de información, incluyendo sugerencias sobre cómo reducir el tiempo que toma esta encuesta, a AHRQ Reports Clearance Officer Attention: PRA, Paperwork Reduction Project (0935-0118), AHRQ, 540 Gaither Road, Room #5036, Rockville, MD 20850.



Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud y  
 Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, parte del  
 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Fije aquí la etiqueta (vea la contraportada)



41670

## Sección 1. Historial clínico de su cáncer

- ▶ En esta primera sección se pregunta sobre el historial clínico de su cáncer.
- ▶ Conteste cada pregunta marcando su respuesta con una  o anotando un número cuando sea necesario.

1. **¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de la salud que usted tenía cáncer o un tumor maligno de cualquier tipo?**

Sí  
 No

*Pare aquí. Gracias por su tiempo. Ha terminado esta encuesta.*

2. **¿Fue su único diagnóstico o tratamiento para el cáncer antes de los 18 años de edad?**

Sí → *Pare aquí. Gracias por su tiempo. Ha terminado esta encuesta.*  
 No

3. **Actualmente, ¿recibe tratamiento para el cáncer – es decir piensa tener o se está recuperando de una cirugía para el cáncer, o está recibiendo quimioterapia, radioterapia o terapia hormonal para su cáncer?**

Sí → *VAYA A la pregunta 8*  
 No

4. **Según lo que usted sabe, ¿ahora usted no tiene cáncer?**

- Sí  
 No  
 No sé

5. **¿Hace cuánto tiempo más o menos que recibió su último tratamiento para el cáncer?**

- Hace menos de 1 año  
 Hace entre 1 año y menos de 3 años  
 Hace entre 3 años y menos de 5 años  
 Hace entre 5 años y menos de 10 años  
 Hace entre 10 y 20 años  
 Hace más de 20 años  
 No he recibido tratamiento para el cáncer

6. **¿Le dijo alguna vez un médico u otro profesional de la salud que le había vuelto a aparecer su cáncer?**

Sí  
 No → *VAYA A la Sección 2 en la página 2*

7. **¿Cuál fue el año más reciente en el que su médico u otro profesional de la salud le dijo que le había vuelto a aparecer su cáncer?**

→ *VAYA A la Sección 2 en la página 2*  
 AÑO

8. **¿Es esta la primera vez que ha recibido tratamiento para algún tipo de cáncer?**

- Sí  
 No

- ▶ Continúe con la Sección 2 en la página 2



## Sección 2. Cambios en su horario de trabajo

**9. En algún momento, desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora, ¿estuvo trabajando por un salario en un trabajo o negocio?**

- Sí  
 No → **VAYA A la pregunta 47 en la página 6**

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de las distintas maneras en que el cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento hayan podido afectar su trabajo – es decir su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo.
- ▶ Cuando conteste estas preguntas piense en todo el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**10. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o hizo cambios en su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo?**

- Sí → **VAYA A la pregunta 13**  
 No

**11. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿pidió tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o cambios en su horario, sus responsabilidades o su situación de trabajo?**

- Sí  
 No → **VAYA A la pregunta 36 en la página 5**

**12. ¿Pidió estos cambios en el trabajo...**

- debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios?  
 por alguna otra razón?
- } **VAYA A la pregunta 36 en la página 5**

**13. ¿Hizo estos cambios en el trabajo...**

- debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios?  
 por alguna otra razón?  
 → **VAYA A la pregunta 36 en la página 5**

**14. ¿Alguna vez tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo (vacaciones, permiso por enfermedad o permiso por discapacidad)? Por tiempo libre prolongado nos referimos a más de un día de permiso ocasional de vez en cuando.**

- Sí  
 No → **VAYA A la pregunta 18 en la página 3**

**15. ¿Cuándo tomó tiempo libre prolongado con pago en el trabajo?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico  
 Durante el tratamiento  
 Antes de un año luego de terminar el tratamiento  
 Un año o más después de terminar el tratamiento



41670

**16. ¿Cuánto calcula que fue el total de tiempo libre prolongado con pago que tomó de su trabajo?**

- Menos de 2 meses
- De 2 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 a 3 años
- Más de 3 años

**17. ¿Continúa en permiso prolongado con pago?**

- Sí
- No

**18. ¿Tomó alguna vez tiempo libre sin pago en el trabajo?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 22**

**19. ¿Cuándo tomó tiempo libre sin pago en el trabajo?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Antes de un año luego de terminar el tratamiento
- Un año o más después de terminar el tratamiento

**20. ¿Cuánto calcula que fue el total de tiempo libre sin pago que tomó de su trabajo?**

- Menos de 2 meses
- De 2 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 a 3 años
- Más de 3 años

**21. ¿Continúa en permiso sin pago?**

- Sí
- No

**22. ¿Cambió alguna vez de trabajar tiempo parcial a trabajar tiempo completo?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 26**

**23. ¿Cuándo cambió de trabajar tiempo parcial a trabajar tiempo completo?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Antes de un año luego de terminar el tratamiento
- Un año o más después de terminar el tratamiento

**24. ¿Cuánto calcula que fue el total de tiempo que trabajó tiempo completo?**

- Menos de 2 meses
- De 2 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 a 3 años
- Más de 3 años

**25. ¿Continúa en este cambio?**

- Sí
- No

**26. ¿Cambió alguna vez de trabajar tiempo completo a trabajar tiempo parcial?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 30 en la página 4**

**VAYA A la pregunta 27 en la página 4**



41670

**27. ¿Cuándo cambió de trabajar tiempo completo a trabajar tiempo parcial?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Antes de un año luego de terminar el tratamiento
- Un año o más después de terminar el tratamiento

**28. ¿Cuánto calcula que fue el total de tiempo que trabajó tiempo parcial?**

- Menos de 2 meses
- De 2 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 a 3 años
- Más de 3 años

**29. ¿Continúa en este cambio?**

- Sí
- No

**30. ¿Cambió alguna vez de trabajar en un horario fijo, en el que comienza y termina a la misma hora todos los días, a un horario de trabajo flexible, en el que la hora de comenzar o terminar el trabajo cambia de día a día?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 32**

**VAYA A la pregunta 31**

**31. ¿Cuándo cambió a un horario de trabajo flexible?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Antes de un año luego de terminar el tratamiento
- Un año o más después de terminar el tratamiento

**32. ¿Alguna vez cambió a un trabajo más fácil?**

- Sí
- No → **VAYA A la pregunta 36 en la página 5**

**33. ¿Cuándo cambió a un trabajo más fácil?**

Marque con una  todas las respuestas que correspondan.

- Cuando le dieron el diagnóstico
- Durante el tratamiento
- Antes de un año luego de terminar el tratamiento
- Un año o más después de terminar el tratamiento

**34. ¿Cuánto tiempo permaneció en el trabajo más fácil?**

- Menos de 2 meses
- De 2 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 a 3 años
- Más de 3 años

**35. ¿Continúa en este cambio?**

- Sí
- No



**36. ¿Hizo algún otro tipo de cambio en el trabajo debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Sí  
 No → *VAYA A la pregunta 37*
- **Por favor descríballo:**


**37. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿decidió usted alguna vez no intentar obtener un ascenso o una promoción?**

- Sí  
 No

**38. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿se jubiló usted antes de lo que había planificado?**

- Sí → *VAYA A la Sección 3*  
 No

**39. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿postpuso usted su jubilación más allá de lo que había planificado?**

- Sí  
 No

## Sección 3. Otros aspectos del trabajo

▶ Por favor continúe pensando en todas sus experiencias de trabajo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.

▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**40. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer cualquier tarea física necesaria en su trabajo?**

- Sí  
 No  
 Nunca he necesitado hacer tareas físicas en mi trabajo

**41. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer cualquier tarea mental necesaria en su trabajo?**

- Sí  
 No

**42. ¿Sintió alguna vez que debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento usted era menos productivo en el trabajo?**

- Sí  
 No



41670

**43. ¿Le preocupó alguna vez que debido a los efectos del cáncer en su salud usted podría verse forzado a dejar de trabajar o a jubilarse antes de cuando pensaba jubilarse?**

- Sí  
 No

**44. ¿Alguna vez permaneció usted en un trabajo en parte porque le preocupaba perder su seguro médico?**

- Sí  
 No → *VAYA A la pregunta 46*

**45. ¿Le preocupaba perder su seguro médico a causa de su cáncer?**

- Sí  
 No

**46. ¿Qué efecto ha tenido su experiencia con el cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento en su trabajo o profesión?**

- Principalmente un efecto positivo  
 Principalmente un efecto negativo  
 Un efecto igualmente positivo y negativo  
 Ni un efecto positivo ni uno negativo

**47. ¿Permaneció alguna vez su esposo, esposa o pareja en un trabajo en parte porque a él/ella le preocupaba perder el seguro médico para la familia?**

- Sí  
 No  
 No corresponde

## Sección 4. Proveedores de cuidados

- ▶ Esta sección es acerca de los proveedores de cuidados, es decir amigos o familiares que le hayan prestado ayuda para ir al médico, que le hayan acompañado a las citas, que hayan tomado decisiones acerca del tratamiento o que hayan prestado otro tipo de cuidado y apoyo durante y después del tratamiento para el cáncer.
- ▶ Por favor continúe pensando en el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**48. Desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿le ha proporcionado cuidado algún amigo o familiar durante o después de su tratamiento para el cáncer?**

- Sí  
 No → *VAYA A la Sección 5 en la página 8*

**49. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿tomó alguna vez alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre prolongado con o sin pago en el trabajo o cambió el horario, las responsabilidades o la situación de trabajo?**

- Sí  
 No → *VAYA A la pregunta 63 en la página 8*  
 Ninguna de las personas que me proporcionaron cuidados estaba trabajando → *VAYA A la Sección 5 en la página 8*  
 No sé → *VAYA A la pregunta 63 en la página 8*

*VAYA A la pregunta 50 en la página 7*



41670

**50. ¿Tomó alguna vez alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre prolongado con pago en el trabajo, tiempo libre sin pago o hizo un cambio en el horario, las responsabilidades o la condición de trabajo por lo menos durante 2 meses?**

Sí

No → *VAYA A la pregunta 63 en la página 8*

**51. ¿Tomó alguna vez alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre prolongado con pago en el trabajo (vacaciones y/o tiempo libre por enfermedad)?**

Sí

No → *VAYA A la pregunta 54*

**52. ¿Cuánto calcula que fue el tiempo libre prolongado con pago que esta persona tomó de su trabajo?**

De 2 meses a menos de 6 meses

De 6 meses a menos de 1 año

De 1 a 3 años

Más de 3 años

**53. ¿Continúa esta persona en permiso prolongado con pago?**

Sí

No

**54. ¿Tomó alguna de las personas que le proporcionó cuidados tiempo libre sin pago de su trabajo?**

Sí

No → *VAYA A la pregunta 57*

**55. ¿Cuánto calcula que fue el tiempo libre sin pago que esta persona tomó de su trabajo?**

De 2 meses a menos de 6 meses

De 6 meses a menos de 1 año

De 1 a 3 años

Más de 3 años

**56. ¿Continúa esta persona en permiso sin pago?**

Sí

No

**57. ¿Cambió de trabajar tiempo parcial a trabajar tiempo completo alguna de las personas que le proporcionó cuidados?**

Sí

No → *VAYA A la pregunta 60*

**58. ¿Cuánto calcula que fue el tiempo que esta persona trabajó tiempo completo?**

De 2 meses a menos de 6 meses

De 6 meses a menos de 1 año

De 1 a 3 años

Más de 3 años

**59. ¿Continúa en este cambio?**

Sí

No

**60. ¿Cambió de trabajar tiempo completo a trabajar tiempo parcial, alguna de las personas que le proporcionó cuidados?**

Sí

No → *VAYA A la pregunta 63 en la página 8*

**61. ¿Cuánto calcula que fue el tiempo que esta persona trabajó tiempo parcial?**

De 2 meses a menos de 6 meses

De 6 meses a menos de 1 año

De 1 a 3 años

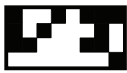
Más de 3 años

**62. ¿Continúa en este cambio?**

Sí

No





**63. ¿Hizo algún otro tipo de cambio en el trabajo alguna de las personas que le proporcionó cuidados, debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Sí  
 No  
 No sé
- } **VAYA A la pregunta 64**
- ➔ **Por favor descríbalos:**


**64. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿cambió alguna de las personas que le proporcionó cuidados a un trabajo más fácil?**

- Sí  
 No  
 No sé

**65. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿se jubiló alguna de las personas que le proporcionó cuidados antes de lo que había planificado?**

- Sí  
 No  
 No sé

**66. Debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿pospuso la jubilación alguna de las personas que le proporcionó cuidados?**

- Sí  
 No  
 No sé

## Sección 5. Experiencias con los seguros médicos

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de la cobertura de seguro médico desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**67. En algún momento, desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora, ¿tuvo usted seguro médico que pagara todo o parte de su cuidado médico, exámenes o tratamiento para el cáncer?**

- Sí  
 No  
 No sé
- } **VAYA A la pregunta 70**
- ➔

**68. ¿Hubo alguna ocasión en la que el seguro médico se negó a cubrir una consulta para su cáncer con su médico o la clínica, hospital o consultorio preferido?**

- Sí  
 No  
 No corresponde

**69. ¿Hubo alguna ocasión en la que el seguro médico se negó a cubrir una consulta para una segunda opinión respecto a su cáncer?**

- Sí  
 No  
 Nunca he pedido una segunda opinión

**70. ¿Le negaron alguna vez un seguro médico debido a su cáncer?**

- Sí  
 No  
 Nunca he solicitado seguro médico.



## Sección 6. Los efectos del cáncer y su tratamiento en las finanzas

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de distintas cargas económicas que usted o su familia hayan tenido debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento.
- ▶ Por favor continúe pensando en el tiempo desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**71. ¿Ha tenido usted o alguien de su familia que pedir dinero prestado o endeudarse debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Sí  
 No → *VAYA A la pregunta 74*

**72. ¿Cuánto tuvo que pedir prestado usted o su familia o cuánta deuda contrajeron debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Menos de \$10,000  
 De \$10,000 a \$24,999  
 De \$25,000 a \$49,999  
 De \$50,000 a \$74,999  
 De \$75,000 a \$99,999  
 \$100,000 o más

**73. ¿Se declararon en bancarrota alguna vez usted o su familia debido a su cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Sí  
 No

**74. ¿Han tenido usted o su familia que hacer otros tipos de sacrificios financieros debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Sí  
 No → *VAYA A la pregunta 75*

**Por favor descríbalos:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**75. ¿Le ha preocupado alguna vez tener que pagar grandes cuentas médicas relacionadas con su cáncer?**

- Sí  
 No

**76. Piense en las consultas médicas para el cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento. ¿No ha podido alguna vez cubrir su parte del costo de esas consultas?**

- Sí  
 No

▶ Continúe con la Sección 7 en la página 10.



## Sección 7. Cuidado médico del cáncer

- ▶ Las siguientes preguntas son acerca de ciertas experiencias que usted posiblemente haya tenido al recibir atención médica para el cáncer desde la primera vez que se lo diagnosticaron hasta ahora.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**77. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿habló alguna vez con usted algún médico u otro proveedor de cuidado de salud, incluyendo su proveedor de cuidado de salud actual, acerca de...**

**a. la necesidad de cuidado de seguimiento regular incluso después de que completó su tratamiento?**

- Habló detalladamente conmigo
- Habló brevemente conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**b. los efectos secundarios tardíos o a largo plazo del tratamiento para el cáncer que usted podría tener con el tiempo?**

- Habló detalladamente conmigo
- Habló brevemente conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**c. sus necesidades emocionales o sociales relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?**

- Habló detalladamente conmigo
- Habló brevemente conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**d. recomendaciones sobre el estilo de vida o la salud, como por ejemplo, dieta, ejercicio, dejar de fumar?**

- Habló detalladamente conmigo
- Habló brevemente conmigo
- No habló nada en absoluto
- No recuerdo

**78. En algún momento desde la primera vez que le diagnosticaron cáncer, ¿recibió todo el cuidado médico, exámenes y tratamiento que usted o su médico consideraban necesarios?**

Sí → **VAYA A la Sección 8 en la página 11**

No

**79. ¿Por cuál de estas razones usted no recibió todo el cuidado médico, exámenes y tratamiento que usted o su médico consideraban necesarios?**

Marque con una  sí o no para cada razón a continuación.

Sí, es una razón  
No, no es una razón

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>a. No podía pagar por el cuidado médico .....</b>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>b. La compañía de seguro no aprobaría ni pagaría por el cuidado médico.....</b>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>c. El médico no aceptó su seguro .....</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>d. Tuvo problemas para llegar al consultorio del médico....</b>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>e. No pudo pedir permiso o tiempo libre en el trabajo....</b>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>f. No sabía dónde ir para recibir cuidado médico.....</b>                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>g. No pudo conseguir cuidado infantil/cuidado para un adulto .....</b>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>h. No tenía tiempo o el cuidado, examen o tratamiento demoraba mucho tiempo....</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>i. Otra razón.....</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Si contestó 'Sí' a solo una de las razones en la pregunta 79, VAYA A la Sección 8 en la página 11. De lo contrario continúe con la pregunta 80 en la página 11.



**80. ¿Cuál de estas es la razón principal por la que usted no recibió todo el cuidado médico, exámenes y tratamiento que usted o su médico consideraban necesarios?**

Marque con una  una sola respuesta.

- No podía pagar por el cuidado médico
- La compañía de seguro no aprobaría ni pagaría por el cuidado médico
- El médico no aceptó su seguro
- Tuvo problemas para llegar al consultorio médico
- No pudo pedir permiso en el trabajo
- No sabía dónde ir para recibir cuidado médico
- No pudo conseguir cuidado infantil/cuidado para un adulto
- No tenía tiempo o el cuidado, examen o tratamiento demoraba mucho tiempo
- Alguna otra razón.

**Por favor descríbala:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## Sección 8. Los efectos del cáncer y su tratamiento en la vida en general

- ▶ Las últimas preguntas en la encuesta son acerca de cómo su cáncer, el tratamiento y las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento han influido en ciertos aspectos de su vida.
- ▶ Si ha tenido más de un tipo de cáncer, piense en sus experiencias todas las veces que tuvo cáncer. Si eso no es posible, piense solamente en el cáncer más grave, y en caso de que hayan sido igualmente graves, piense solamente en el más reciente.

**81. Su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento, ¿limitaron alguna vez el tipo o la cantidad de actividades que usted hace fuera del trabajo, tales como ir de compras, cuidar a los niños, hacer ejercicio, estudiar, hacer quehaceres domésticos, etc.?**

- Sí
- No → *VAYA A la pregunta 84*

**82. ¿Por cuánto tiempo estuvo o ha estado limitado en el tipo o la cantidad de actividades diarias?**

- Menos de 6 meses
- Entre 6 meses y menos de 1 año
- Entre 1 año y menos de 3 años
- Entre 3 años y menos de 5 años
- Entre 5 años y menos de 10 años
- Más de 10 años

**83. ¿Continúa teniendo esta limitación?**

- Sí
- No

**84. ¿Sintió alguna vez que su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento interfirieron con su habilidad de hacer tareas mentales como parte de sus actividades habituales de todos los días?**

- Sí
- No



85. ¿Ha pedido alguna vez ayuda para ir al médico o a otro proveedor de cuidado de salud debido a su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
- No → *VAYA A la pregunta 87*

86. ¿Recibió alguna vez ayuda para ir al médico o a otro proveedor de cuidado de la salud?

- Sí
- No

87. ¿Ha pedido ayuda alguna vez para entender las cuentas médicas o del seguro médico relacionadas con su cáncer, su tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

- Sí
- No → *VAYA A la pregunta 89*

88. ¿Recibió ayuda alguna vez para entender las cuentas médicas o del seguro médico?

- Sí
- No

89. ¿Con qué frecuencia le preocupa que su cáncer le vuelva a aparecer o se empeore?

- Nunca → *VAYA A la pregunta 91*
- Rara vez
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Todo el tiempo

90. ¿Con qué frecuencia le preocupa que si su cáncer le vuelve a aparecer o se empeora, usted no podría cumplir con las responsabilidades del trabajo o del hogar?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Todo el tiempo

91. Según su propia opinión, ¿qué posibilidad cree usted que hay de que su cáncer le vuelva a aparecer o se empeore dentro de los próximos 10 años?

- Muy poca
- Poca
- Alguna
- Bastante
- Mucha
- No sé

92. ¿Considera que alguno de los siguientes aspectos ha sido algo positivo respecto a sus experiencias con el cáncer, el tratamiento o las secuelas o efectos secundarios de ese tratamiento?

Marque con una  sí o no para cada aspecto a continuación

	Sí	No
a. Me ha hecho una persona más fuerte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Puedo afrontar mejor los retos de la vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se convirtió en una razón positivos en mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me ha hecho tener hábitos más saludables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Use el espacio a continuación para contarnos sobre alguna otra cosa acerca de sus experiencias con el cáncer.

---

---

---

---

---

---

---

---

- ▶ Gracias por contestar esta encuesta. Por favor ponga la encuesta en el sobre que le facilitaron y d sela al entrevistador de MEPS.
- ▶ Si el entrevistador no está disponible, ponga la encuesta en el sobre de envío que le dio el entrevistador. Si ha extraviado el sobre, envíe la encuesta por correo a:

**MEPS**  
**c/o Westat**  
**1600 Research Blvd, Room GA51**  
**Rockville, MD 20850**

***MEPS***  
*Medical Expenditure Panel Survey*

**ESTA PÁGINA SE HA DEJADO EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL**

