

# Encuesta para el Estudio de Cáncer en Hawai'i y Los Angeles



Universidad de Hawai'i  
Centro para la Investigación  
de Cáncer en Hawai'i



Universidad del Sur  
de California  
El Centro de Cáncer Norris

Esta encuesta debe ser llenada **SOLAMENTE** por la persona a quien le va dirigida.

¿Está correcto su domicilio en la etiqueta? \_\_\_\_\_

Si no lo está, por favor escriba su nombre y dirección correctamente.

NOMBRE \_\_\_\_\_

DE PILA      SEGUNDO NOMBRE      APELLIDO

CALLE \_\_\_\_\_

CIUDAD      ESTADO      CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

¿PODRÍA UD. FACILITARNOS SU NÚMERO DE TELÉFONO?

Area			Número								
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7		
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		

(Es posible que necesitemos comunicarnos con Ud. para aclarar algunas respuestas en su cuestionario.)

Si Ud. tiene preguntas, llámenos a los siguientes números  
(808) 586-2996 en Honolulu o  
al 1-800-786-3538 en Los Angeles.

**POR FAVOR EMPIEZE AQUÍ**

(Refiérase a la parte de atrás de la carta para las instrucciones.)

**1. ¿ CUÁL ES SU SEXO?**

- Masculino
- Femenino

**2. ESCRIBA LA FECHA DE SU NACIMIENTO EN LAS CASILLAS Y LLENE LOS CÍRCULOS**

MES	DÍA	AÑO
<input type="radio"/> ENE <input type="radio"/> FEB <input type="radio"/> MAR <input type="radio"/> ABR <input type="radio"/> MAY <input type="radio"/> JUN <input type="radio"/> JUL <input type="radio"/> AGO <input type="radio"/> SEP <input type="radio"/> OCT <input type="radio"/> NOV <input type="radio"/> DIC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 9 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**3. ¿ CUÁL ES SU PESO ACTUAL?**

Libras		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. ¿ CUÁL ES SU ESTATURA?**

Pies	Pulgadas
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. ¿ LE HA DICHO SU MÉDICO ALGUNA VEZ QUE UD. HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? (marque todas las que apliquen)**

SI CONTESTA QUE NO DÉJE EL ESPACIO EN BLANCO		SI CONTESTA QUE SÍ, ¿EN QUE AÑO LE FUE DIAGNOSTICADO POR PRIMERA VEZ?					
		Antes 1994	1994	1995	1996	1997	1998
Cáncer del colon o del recto	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la piel (Melanoma)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de cáncer de la piel	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del seno (pecho)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la próstata (sólo hombres)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otro tipo de cáncer	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Por favor especifique que clase: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>							
Alta presión arterial	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque al corazón	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina (dolor en el pecho por algún esfuerzo que se alivia con medicina)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (alto nivel de azúcar en la sangre)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pólipo en el intestino	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de la vesícula	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gota (alto nivel de ácido úrico)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis reumatoide	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra artritis (como osteoartritis)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractura de la cadera	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úlcera (estomacal o duodenal)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piedras de los riñones	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucoma	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cirugía para el tratamiento de cataratas	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de Parkinson	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de Alzheimer	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Próstata agrandecida (sólo hombres)	<input type="radio"/> Sí →	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ninguno de los anteriores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. ¿ HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS?

(marque todas las que apliquen)

SI SU RESPUESTA ES NO, DÉJE EL ESPACIO EN BLANCO		SI SU RESPUESTA ES SÍ, MARQUE CADA AÑO(S) QUE SE HIZO LA PRUEBA(S).					
		Antes 1994	1994	1995	1996	1997	1998
Gastropopia del estómago	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coloscopia o sigmoidoscopia del colon	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen de sangre de PSA para la próstata (sólo hombres)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamografía (sólo mujeres)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prueba de Papanicolaou (sólo mujeres)	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. (SÓLO MUJERES) ¿ESTA UD. ACTUALMENTE TOMANDO ESTROGENO (HORMONAS FEMENINAS) EN PASTILLAS, INYECCIONES OR PARCHES PARA LA MENOPAUSIA U OTRAS RAZONES?

No  Sí

(SÓLO MUJERES) ¿ ESTA UD. ACTUALMENTE TOMANDO PROGESTERONA (Como Provera) EN CONJUNTO CON ESTROGENOS PARA LA MENOPAUSIA U OTRAS RAZONES?

No  Sí

8. ¿TOMÓ UD. MULTIVITAMINAS O MULTIVITAMINAS CON MINERALES DURANTE EL AÑO PASADO ? (por lo menos una vez a la semana)

No  Sí

SI SU RESPUESTA ES SÍ, ESCRIBA LA MARCA Y EL NOMBRE DE CADA UNA. DESPUES LLENE EL CÍRCULO CON LA DOSIS QUE UD. TOMÓ USUALMENTE POR SEMANA O POR DÍA. (talvez desee revisar la etiqueta de la botella)

Marca (Ejemplo: Centrum)	Nombre (Ejemplo: Silver)	PROMEDIO USADO DURANTE EL AÑO PASADO				
		1 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	1 ves por día	2 veces por día	3 o más veces por día
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. ¿ HAN SIDO DIAGNOSTICADOS ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA CON LAS SIGUIENTES CONDICIONES? POR FAVOR LLENE LOS CIRCULOS CORRESPONDIENTES SÓLO A SUS PADRES NATURALES Y HERMANOS/HERMANAS DE PADRE Y MADRE. (Incluya los que hayan fallecido). (marque todas las condiciones que apliquen)

	PADRE	MADRE	HERMANOS		HERMANAS	
			uno	2 o más	una	2 o más
Cáncer del colon o del recto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del pulmón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la piel (Melanoma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer del seno (pecho)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de la próstata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cáncer de los ovarios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alta presión arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ataque al corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Derrame cerebral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pólipo del intestino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Extracción de la vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fractura de la cadera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mal de Alzheimer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cataratas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glaucoma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FAVOR DE SEGUIR A LA PÁGINA SIGUIENTE →

10. Por CADA ALIMENTO llene el círculo  que describa mejor la frecuencia con que Ud. comió ese alimento durante el año pasado, y llene el círculo  que describa que color (que tan dorado) estaba el alimento por el lado de afuera usualmente.

MODO DE COCINAR	Alimento	PROMEDIO USADO DURANTE EL AÑO PASADO								¿QUE TAN DORADO ESTABA EL LADO DE AFUERA?
		Nunca o casi nunca	Una vez por mes	2 a 3 veces por mes	Una vez por semana	2 a 3 veces por semana	4 a 6 veces por semana	Una vez por día	2 o más veces por día	
FRITO EN CAZUELA (cocidos en una cacerola o plancha precalentada)	Carne de res	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Hamburguesa (No de restaurante de comida rapida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Salchicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	"Spam" o jamón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Tocino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
AL HORNO (usando el nivel mas alto del horno)	Carne de res	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Hamburguesa (No de restaurante de comida rapida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Costilla de carne de res o de puerco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
A LA PLANCHA O AL CARBÓN (alimentos cocidos en una parrilla sobre carbón, o en una parrilla electrica o de gas)	Carne de res	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Hamburguesa (No de restaurante de comida rapida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Costilla de carne de res o de puerco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Salchicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado
	Pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> poco dorado <input type="radio"/> medio dorado <input type="radio"/> muy dorado