

N.º de identificación del participante 1315- |__|__|__|__|



***Encuesta de Seguimiento de los
Doce Meses***

Estudio CEASAR

Le agradecemos su participación continua en el estudio CEASAR. Este cuestionario de seguimiento trata sobre su calidad de vida y otras experiencias relacionadas con su cáncer de próstata. Para poder recolectar información más exacta, es importante que usted responda todas las preguntas honestamente y completamente sobre su experiencia. Usted puede saltar cualquier pregunta que le resulte incómodo en responder. Sus respuestas nos ayudarán a nuestro esfuerzo a aprender más sobre cómo tratar mejor el cáncer de próstata.

La información de esta encuesta se conservará de modo estrictamente confidencial.

Muchas gracias por su cooperación para responder estas preguntas.

Instrucciones generales

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

- Responda a cada pregunta de la mejor forma que pueda. Si decide saltar una pregunta, escriba 'saltada' al lado.
- Por favor marque el cuadro al lado de su respuesta con tinta azul o negra.

Ejemplo: Marque los cuadros, de esta manera: o

- Por favor siga las instrucciones que lo llevan a la siguiente pregunta.

Ejemplo: **No** (Si contestó "No", vaya a la sección "Si contestó "No" de la página siguiente)

- Si marca una respuesta que tiene un renglón debajo, escriba la información específica en dicho renglón.

Ejemplo:

Otro, especifique: mi amigo que es médico

- Marque sólo una respuesta para cada pregunta, salvo que haya otras instrucciones.
- En la medida que sea posible, por favor intente responder a todas las preguntas de una vez.

1. Fecha de hoy: |_|_|/|_|_|/|2|0|_|_|
 Mes Día Año

Tratamiento Para el Cáncer de Próstata

2. ¿Cuál es el más reciente resultado de PSA (prueba de antígeno de próstata específico)?

|_|_|-|_|_|

No lo sé

3. ¿Recibió alguno de los tratamientos que se mencionan a continuación para su cáncer de próstata? (Marque todas las que correspondan)

	Sí	Si contesto "Sí"		No lo Recibí
		Fecha que comenzó		
		Mes	Año	
a. Cirugía (extirpación de la próstata, cirugía Laparoscopia o asistida por robot)	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
b. Cirugía (extirpación de la próstata cirugía abierta/procedimiento tradicional con incisión)	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
c. Semillas/varillas (braquiterapia)	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
d. Radiación de haz externo (IMRT/3-D CLRT)	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
e. Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
f. Crioterapia (congelamiento de la próstata)	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
g. Supervisión activa/espera vigilante	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
h. No he recibido tratamiento, aún no me he decidido	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>
i. Otra terapia (especifique): _____	<input type="checkbox"/>	_ _	/ 2 0 _ _	<input type="checkbox"/>

Salud General

4. Las siguientes son actividades que usted quizás realice durante un día típico. ¿Le limita actualmente su salud en hacer estas actividades? ¿Sí es así, qué tanto?
(Marque uno por cada línea)

	Sí, estoy muy LIMITADO	Sí, estoy un poco LIMITADO	No estoy LIMITADO en nada
a. <u>Actividades vigorosas</u> , tal como correr, levantar objetos pesados, tomar parte en deportes arduos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Actividades moderadas</u> , tal como mover una mesa, aspirar, jugar boliche o golf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Levantar o llevar las bolsas del mercado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Subir <u>varios</u> pisos de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Subir <u>un</u> piso de escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Doblarse, arrodillarse, o agacharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Caminar <u>más de una milla</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Caminar <u>varios cientos de yardas</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Caminar <u>cien yardas</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Estas preguntas son acerca de cómo se siente y de cómo han andado las cosas con usted durante las **últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor proporcione la respuesta que más se acerque a cómo ha estado sintiéndose.

¿Cuánta parte del tiempo durante las **últimas 4 semanas**...
(Marque uno por cada línea).

	<u>NINGÚN</u> parte del tiempo	<u>UN</u> <u>POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>UN BUEN</u> parte del tiempo	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> el tiempo
a. ¿Se sintió repleto de la vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Se ha sentido muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Se ha sentido tan desanimado y triste que nada podía alegrarlo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Se ha sentido calmado y en paz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Se sintió decaído y deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Se sintió desgastado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Ha sido feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Durante las **últimas 4 semanas** con qué frecuencia fueron las siguientes declaraciones verdaderas? (*Elija una respuesta para cada opción*)

	<u>NINGÚN</u> parte del tiempo	<u>PARTE o</u> <u>POCO</u> del tiempo	<u>DE VEZ EN</u> <u>CUANDO</u>	<u>LA MAYOR</u> <u>parte o</u> <u>TODO</u> el tiempo
a. Me molesté por las cosas que generalmente no me molestan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentí que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tuve problemas concentrándome en lo que hacía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me sentí deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Mi sueño era inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fuí feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Disfruté de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Me sentí triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Salud de órganos específicos

Salud urinaria

7. Durante las **últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina? (*Elija una opción*)

- Más de una vez por día
- Aproximadamente una vez por día
- Más de una vez por semana
- Alrededor de una vez por semana
- Rara vez o nunca

8. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su control urinario durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún tipo de control urinario
- Goteos frecuentes
- Goteos ocasionales
- Control total

9. ¿Cuántos apósitos o pañales de adultos al día usó usted en general para controlar la pérdida de orina durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción).

- Ninguno
- 1 apósito por día
- 2 apósitos por día
- 3 o más apósitos por día

10. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Pérdida de orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor o ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sangrado con la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Chorro de orina débil o vaciado incompleto de la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Necesidad de orinar con frecuencia durante el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) su función urinaria durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Salud intestinal

12. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (*Marque una respuesta por línea*)

	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Urgencia de defecar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mayor frecuencia de las defecaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Pérdida de control de la materia fecal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Materia fecal con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor abdominal/pélvico/rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. En términos generales, ¿en qué medida han sido un problema para usted sus hábitos intestinales durante las **últimas 4 semanas**? (*Elija una opción*)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Salud sexual

14. ¿Tiene usted actualmente una pareja sexual?

- Sí (Cualquiera sea su respuesta por favor trate de responder las siguientes preguntas)
 No

15. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes para resolver problemas de la función sexual? (Marque una respuesta por línea)

	Sí	No
a. Dispositivo de succión de vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Inyecciones peneanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comprimidos, tales como Viagra, Cialis, Levitra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Gránulos o supositorios para la uretra (Muse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Prótesis peneanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro (por favor especifique)		
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

	Muy mala o ninguna	Mala	Regular	Buena	Muy buena
a. Su capacidad para tener una erección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Cómo calificaría la CALIDAD habitual de sus erecciones durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- No tuve ninguna erección
 No lo suficientemente firme para ninguna actividad sexual
 Lo suficientemente firme para masturbación y juegos eróticos
 Lo suficientemente firme para mantener una relación sexual

18. ¿Cómo calificaría la FRECUENCIA de sus erecciones durante las **últimas 4 semanas**?
(Elija una opción)

- NUNCA tuve una erección cuando la quise
- Tuve una erección MENOS DE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección APROXIMADAMENTE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección MÁS DE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección SIEMPRE que la quise

19. ¿Cómo calificaría su capacidad de funcionar sexualmente durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

20. En general, ¿en qué medida ha sido un problema para usted su función sexual o la falta de función sexual durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Problemas Hormonales

21. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fue) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una respuesta para cada opción)

	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
a. Sofocos de calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sensibilidad/agrandamiento de los senos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Falta de energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cambio en el peso corporal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inquietudes relacionadas con las consecuencias del cáncer de próstata

22. En general, ¿de qué tamaño es la molestia para usted y su familia en cada una de las siguientes áreas a causa de tener **cáncer de próstata**? (Elija una respuesta para cada opción)

	<u>Muy Grande molestia</u>	<u>Grande molestia</u>	Me Siento <u>Neutral</u>	<u>Pequeña molestia</u>	<u>Muy Pequeña molestia</u>	<u>No es una molestia</u>
a. Nuestra salud en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nuestras actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Nuestros estilo de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Nuestras finanzas en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Nuestras finanzas debido a lo que cuesta mi tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Nuestras finanzas debido a lo que cuestan otros servicios de salud para el cáncer de la próstata (como visitas al médico, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Nuestras finanzas debido al costo de mi seguro de salud porque tengo cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. ¿Qué tan cierto fueron cada una de las siguientes declaraciones para usted durante las últimas 4 semanas? (Elija una respuesta para cada opción)

	Para nada	Un Poco	Algo	Bastante	Mucho
a. Estoy seguro de que mi cáncer está bajo control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Me preocupa que mi cáncer pueda regresar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Me preocupa que mi cáncer se extienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me pregunto si el tratamiento que recibí para el cáncer de próstata realmente funcionó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Me preocupa no saber exactamente qué sucede con mi cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. A veces, la gente mira a los demás para el compañerismo, asistencia, u otros tipos de apoyo. ¿Con qué frecuencia son cada uno de los siguientes tipos de apoyo disponibles para usted si los necesita? (Elija una respuesta para cada opción).

	<u>NINGÚN</u> parte del tiempo	<u>UN POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> el tiempo
a. Alguien que pueda ayudarle si lo necesita, por ejemplo, para ir al médico o preparar las comidas si usted no lo puede hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Alguien con quien compartir sus preocupaciones y temores más íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Alguien a quien amar y que le haga sentir querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Alguien con quien hacer cosas agradables o pasar un buen rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alguien que le dé buen consejo o que le dé información para ayudarle a entender su situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Su relación con su médico y el sistema de atención de salud

Sus respuestas a estas preguntas, como todas las respuestas de esta encuesta, son confidenciales. No se compartirán con nadie relacionado con su atención médica, ni siquiera su médico.

25. Por favor piense en el cuidado que ha recibido desde que fué diagnosticado con el cáncer de próstata. *(Elija una respuesta para cada opción).*

	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
a. ¿Con qué frecuencia los médicos <u>que cuidaron su cáncer de próstata</u> le piden que usted tome parte de la responsabilidad para su tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Si hubiera una elección entre tratamientos con qué frecuencia <u>los médicos que cuidan su cáncer de próstata</u> le piden que <u>usted</u> ayude a tomar la decisión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Con qué frecuencia los médicos que cuidaron de <u>su cáncer de próstata</u> hacen un esfuerzo por darle algo de control sobre decisiones de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. ¿Con qué frecuencia los médicos que cuidan de su cáncer de próstata... *(Elija una respuesta para cada opción).*

	<u>NINGÚN</u> parte del tiempo	<u>UN POCO</u> parte del tiempo	<u>PARTE</u> del tiempo	<u>LA MAYOR</u> parte del tiempo	<u>TODO</u> el tiempo
a. Le ofrecen <u>opciones</u> en su cuidado médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Discute los <u>pros</u> y los contras de cada elección con usted ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le hace indicar cuál elección u opción usted preferiría?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Toma sus preferencias en cuenta al hacer las decisiones del tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Las siguientes preguntas son acerca de sus creencias acerca de la salud y su cuidado. Por cada declaración, llene el cuadrado de la escala que es más cercano a que tanto usted está en acuerdo o en desacuerdo con la declaración. *(Elija una respuesta para cada opción).*

	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	Me siento neutral	Moderadamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. A menudo siento que por más que trato, soy incapaz (cuando se trata de influir en mi cuidado médico) de cambiar la clase de cuidado médico que obtengo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cada vez más, me siento impotente en controlar mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. A menudo me dan ganas de renunciar a mi cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Es mejor dejar casi todas las decisiones de tratamiento al doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Aun cuando pacientes han tenido la enfermedad durante mucho tiempo, es preferible que el médico tome todas las decisiones del tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Las personas que son insistentes con los médicos no son buenos pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Satisfacción con respecto a la atención médica

28. En términos generales, ¿qué tan satisfecho se siente con respecto a...? (Elija una respuesta para cada afirmación)

	Totalmente satisfecho	Muy satisfecho	Algo satisfecho	Mezcla de satisfacción e insatisfacción	Algo insatisfecho	Muy insatisfecho	Totalmente insatisfecho
a. el efecto que los servicios de atención médica han tenido en ayudarle a enfrentar su cáncer y mantener el bienestar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. el efecto que el tratamiento contra el cáncer ha tenido en cuanto a prevenir el avance o la recurrencia del cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. la calidad del tratamiento contra el cáncer que ha recibido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. el efecto que los servicios han tenido en cuanto a aliviar los síntomas o mitigar los problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. En términos generales, ¿qué tan satisfecho está con el tratamiento contra el cáncer que ha recibido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia familiar

29. ¿Tiene un padre o hermano que ha tenido cáncer de próstata?

- Sí, un padre
- Sí, un hermano
- Sí ambos, padre y hermano
- No, ni padre ni hermano
- No lo sé

Problemas/Complicaciones

30. ¿Tuvo algún problema debido a su tratamiento contra el cáncer de próstata?

- Sí (Si contestó "Sí" elija todas las opciones que correspondan)
- No (Si contestó "No", por favor continúe a la pregunta 30)

	Sí	No
a. Cicatrices/estenosis en la uretra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar/coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro (por favor especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Desde que recibió tratamiento para su cáncer de próstata, ¿fue hospitalizado alguna vez por problemas relacionados con el cáncer de próstata?

- Sí
- No

32. ¿A cuáles de los siguientes profesionales de la salud ha visto en **los últimos 6 meses**?
 Por favor no incluya consultas durante su hospitalización ni visitas al médico para recibir una inyección de medicamento solamente. (Elija una respuesta para cada línea)

	Sí	No
a. Médico de atención primaria, internista medico general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Urólogo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Oncólogo (especialista en cáncer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Oncólogo de radiación/radiólogo, técnico de radiación/terapeuta para tratamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Enferma especialista o asistente medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gastroenterólogo, proctólogo (especialista del aparato digestivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cardiólogo (especialista en enfermedades cardiacas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Optometrista, oftalmólogo (especialista de los ojos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Dermatólogo (especialista de la piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Alergista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Otorrinolaringólogo (médico especialista en garganta, nariz, y oído)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ortopedista (especialista de los huesos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Podiatra (especialista de los pies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Neurólogo (especialista de sistema nervioso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Otros médicos (especifique, por ejemplo, clínica del dolor, pulmonólogo): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Quiropráctico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r. Otros trabajadores de salud (especifique, por ejemplo, dietista, fisioterapeuta, trabajador social):_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Cuál es su situación de empleo? *(Marque todas que le correspondan)*

- Trabajando a tiempo completo
- Trabajando a tiempo parcial
- Retirado
- Estoy sin empleo (o buscando trabajo)

34. ¿Qué tipo de seguro de salud o cobertura de atención médica tiene actualmente?
(Marque todas las que correspondan)

- No tengo seguro
- Seguro médico privado u Organización de mantenimiento de salud (HMO)
- Medicare
- Atención médica de la administración de los veteranos (VA)
- Atención médica militar (incluye CHAMPUS/TriCARE, CHAMP-VA)
- Medicaid
- Servicio de salud indígena, Programa de salud tribal o clínica Indígena urbana
- No lo sé
- Otra, por favor especifique: _____

Muchas gracias por participar. Por favor regrese esta encuesta en el sobre incluido con el franqueo pagado. Si tiene alguna pregunta por favor llame a:

Pamela Lee al 213-663-2629 o Jennifer Zelaya al 323-865-0687

CEASAR Study

Keck School of Medicine of USC

2001 N. Soto St., SSB 318E MC9239

Los Angeles, CA 90089-9239