

**Secuenciación Genética Avanzada en el Tratamiento del Cáncer Infantil - Baylor College of  
Medicine (Estudio BASIC<sup>3</sup>)  
Cuestionario**

Este cuestionario forma parte de un estudio realizado en Texas Children's Hospital/Baylor College of Medicine y está diseñado para entender la mejor manera de introducir las pruebas de secuenciación de ADN a gran escala en el tratamiento de pacientes con cáncer infantil.

Este cuestionario contiene muchas preguntas sobre su salud.

Toda la información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

**Responda todas las preguntas sobre usted que están incluidas en este cuestionario.**

Nombre \_\_\_\_\_  
                    Apellido            Primer nombre                      Segundo nombre            (Apellido de soltera)

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
                            Ciudad/País                      Estado/Provincia                      País

Debido a que estamos recibiendo apoyo federal para esta investigación y a que estamos solicitando mayor apoyo federal, necesitamos conocer su raza y origen étnico. A fin de recopilar estos datos, le pedimos que nos proporcione la siguiente información.

Conteste **AMBAS** secciones, la Sección 1 y la Sección 2:

### **SECCIÓN 1**

¿Usted se considera hispano, latino o de origen español (cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano, centroamericano o de otra cultura u origen español, sin importar su raza)?

- Hispano, latino o de origen español.
- No hispano, latino ni de origen español.

### **SECCIÓN 2**

¿De qué raza se considera usted? Seleccione **una o más** de las siguientes opciones:

- India americana o nativa de Alaska* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Norte, Centro o Sudamérica y que conserva afiliaciones tribales o contacto con su comunidad.
- Asiática* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales del Lejano Oriente, el Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas de Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Nota: En estrategias previas de recolección de datos, las personas de las islas de Filipinas han sido registradas como de las islas del Pacífico).
- Negra o afroamericana* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de los grupos de raza negra de África.
- Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Hawaii, Guam, Samoa u otra isla del Pacífico.
- Blanca* – Una persona con sus orígenes en cualquiera de las poblaciones originales de Europa, Medio Oriente o África del Norte.
- Marque esta casilla si usted no desea proporcionar parte de la información anterior o ninguna de ella.

También es útil saber si usted pertenece a un grupo étnico específico (por ejemplo, amish, asquenazí o judío sefardita).

- No                       No sabe
- Sí. Especifique: \_\_\_\_\_

**Escriba todos sus problemas médicos:**

Enfermedad

Fecha de diagnóstico

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Escriba todas las medicinas que toma actualmente:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Escriba todas sus hospitalizaciones y el motivo de las mismas:**

Fecha de la hospitalización

Motivo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Escriba todas las cirugías a las que se ha sometido y el motivo de las mismas:**

Fecha de la cirugía

Motivo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**¿Alguna vez ha fumado cuando menos 100 cigarros (5 cajetillas) en su vida?**

- No
- Sí, pero ya dejé de fumar
- Sí, y fumo actualmente

Si su respuesta es afirmativa, ¿que edad tenía cuando comenzó a fumar? \_\_\_\_\_ años

¿Aproximadamente cuántos años fumó? \_\_\_\_\_ años

En promedio, ¿cuántos cigarros fuma al día? # \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha ingerido bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana, durante un año o más?**

- No
- Sí, pero ya dejé de hacerlo
- Sí, actualmente

Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántas bebidas en promedio a la semana? \_\_\_\_\_

¿Cuántos años lleva con ese patrón de beber? \_\_\_\_\_ años

**La siguiente sección es acerca de padecimientos que son muy poco comunes, muchos de los cuales se diagnostican al nacer. Indique si un médico u otro profesional de la salud alguna vez le han diagnosticado alguno de los siguientes padecimientos:**

			Año del diagnóstico	
<u>Del cerebro o el sistema nervioso, tales como:</u>				
Hidrocefalia (agua en el cerebro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Mielomeningocele (espina bífida)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Problema psiquiátrico _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

<u>De la cara o la cabeza, tales como:</u>				
Labio leporino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hendidura del paladar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Los dos anteriores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Microcefalia (cabeza pequeña)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

<u>De los ojos, tales como:</u>				
Aniridia (ausencia de la parte de color en el ojo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Heterocromía (ojos de diferente color)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Cataratas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Telangiectasia conjuntiva	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

<u>Del sistema endocrino, tales como:</u>				
Trastorno hipofisario _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Diabetes				
Tipo 1 (aparición en la juventud)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Tipo 2 (aparición en la edad adulta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trastorno suprarrenal _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

<u>Del corazón o el aparato circulatorio, tales como:</u>				
Comunicación interventricular/interauricular (abertura en el corazón)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Válvulas anormales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trasposición (arterias cruzadas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hipertensión (presión arterial alta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trombosis (coágulo en un vaso)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hemorragia - ubicación _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Anomalía arteriovenosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hemangioma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

**Año del diagnóstico**De los músculos o los huesos, tales como:

Dedos supernumerarios (manos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Dedos faltantes (manos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Dedos supernumerarios (pies)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Dedos faltantes (pies)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Deformidad en una extremidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Pie zambo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Hemihipertrofia (un lado del cuerpo es más grande que el otro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Baja estatura	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Anormalidades en los huesos observadas en una radiografía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

De la piel, tales como:

Manchas de color café con leche	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Pezones supernumerarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Pecas axilares (pecas debajo de las axilas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Lunar - Tipo _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Sensibilidad a la luz del sol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Eccema	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Del aparato urinario, tales como:

Poliquistosis renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Agenesia renal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Riñón supernumerario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Obstrucción del riñón	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Obstrucción de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Del aparato digestivo, tales como:

Estenosis pilórica (obstrucción del orificio gástrico)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Fístula traqueoesofágica (conexión entre la tráquea y el esófago)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Insuficiencia pancreática	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

**Año del diagnóstico**Del aparato reproductor, tales como:

Hipospadias (abertura anormal en la uretra)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Criptorquidia (testículos no descendidos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Malformación o ausencia de los ovarios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Malformación o ausencia del útero	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Abortos espontáneos o mortinatos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Síndromes hereditarios, tales como:

Síndrome de Rothmund-Thomson	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Anemia de Fanconi	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Beckwith-Wiedemann	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Cowden	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Gardner				
(Poliposis múltiple del colon)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Peutz-Jegher	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Neurofibromatosis (síndrome de von Recklinghausen)				
Tipo I	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Tipo II	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de carcinoma basocelular nevoide	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Sturge-Weber	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Esclerosis tuberosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Turcot	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
NEM I (síndrome de Werner)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
NEM II (síndrome de Sipple)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Von Hippel-Lindau	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Xerodermia pigmentosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Bloom	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Werner	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Ataxia-telangiectasia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Gorlin	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

Anormalidades cromosómicas, tales como:

Trisomía 21 (síndrome de Down)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trisomía 12 (síndrome de Patau)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Trisomía 18 (síndrome de Edwards)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Klinefelter (XXY)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Síndrome de Turner (XO)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____
Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe	_____

**¿Algún médico u otro profesional de la salud alguna vez le ha diagnosticado cáncer o un tumor?**

- Sí       No

- Si su respuesta es negativa, ignore esta sección y continúe en la siguiente página.
- Si su respuesta es afirmativa, responda las siguientes preguntas:

Tipo de cáncer \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento (proporcione la mayor información que tenga):

- Cirugía

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Fecha de la cirugía \_\_\_\_\_

Lugar de la cirugía \_\_\_\_\_

Nombre del cirujano \_\_\_\_\_

- Quimioterapia

Duración del tratamiento \_\_\_\_\_

Nombres de las medicinas de quimioterapia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar del tratamiento \_\_\_\_\_

Nombre del médico responsable \_\_\_\_\_

- Radioterapia

Duración de la radioterapia \_\_\_\_\_

Cantidad total de radiación (si se conoce) \_\_\_\_\_ cGy

Lugar del tratamiento \_\_\_\_\_

Nombre del oncólogo radioterapeuta \_\_\_\_\_

Las preguntas de esta sección le piden que nos informe qué tan bien le va con los diferentes tipos de matemáticas y si prefiere utilizar números o palabras para explicar las cosas.

En cada una de las siguientes preguntas, marque la casilla que refleje mejor qué tan bien le va en los siguientes aspectos:

1. ¿Qué tan bueno es para trabajar con fracciones?

Nada bueno

Extremadamente bueno

2. ¿Qué tan bueno es para trabajar con porcentajes?

Nada bueno

Extremadamente bueno

3. ¿Qué tan bueno es para calcular un 15% de propina?

Nada bueno

Extremadamente bueno

4. ¿Qué tan bueno es para calcular cuánto costará una camisa si tiene el 25% de descuento?

Nada bueno

Extremadamente bueno

En cada una de las siguientes preguntas, marque la casilla que refleje mejor su respuesta:

5. Cuando lee el periódico, ¿qué tan **útiles** le parecen las tablas y gráficas que forman parte de una historia?

Nada útiles

Extremadamente útiles

6. Cuando alguien le habla de la posibilidad de que algo suceda, ¿prefiere que use **palabras** (“rara vez sucede”) o **números** (“hay una posibilidad del 1%”)?

Siempre prefiero las palabras

Siempre prefiero los números

7. Cuando escucha un pronóstico del clima, ¿prefiere las predicciones con **porcentajes** (p. ej., “habrá un 20% de probabilidades de que llueva hoy”) o solamente con **palabras** (p. ej., “hay pocas probabilidades de lluvia el día de hoy”)?

Siempre prefiero los porcentajes

Siempre prefiero las palabras

8. ¿Con qué **frecuencia** considera útil la información numérica?

**Nunca**

**Con mucha frecuencia**

**Las siguientes preguntas son acerca de su entendimiento actual de la genética.**

Indique si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas.

	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
9. Unos padres sanos pueden tener un hijo con una enfermedad hereditaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Si sus familiares cercanos tienen diabetes o una enfermedad cardiaca, usted tiene más posibilidades de desarrollar estas enfermedades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. El portador del gen de una enfermedad puede estar completamente sano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Si una persona es portadora del gen de una enfermedad, eso significa que padece dicha enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tener un mayor riesgo genético significa que usted contraerá dicha enfermedad sin importar lo que haga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Llevar un estilo de vida saludable no hará ninguna diferencia si usted tiene un mayor riesgo genético de desarrollar una enfermedad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se pueden realizar pruebas genéticas para saber cómo reaccionará una persona a ciertas medicinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. La mayoría de las enfermedades genéticas son causadas por un solo gen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Las personas que tienen un marcador genético para una enfermedad no son personas sanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Su sangre puede identificarle de manera única ya que contiene su ADN.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Las preguntas de esta sección están diseñadas para conocer sus preferencias sobre la toma de decisiones relacionadas con la atención de su hijo.** Califique las siguientes afirmaciones en orden de importancia, de “Muy importante” a “Nada importante”.

<b>Al tomar decisiones acerca de la atención de mi hijo, para mí es importante que...</b>	<b>Muy importante</b>	<b>Importante</b>	<b>No muy importante</b>	<b>Nada importante</b>
19. Mis ideas sean tan tomadas en cuenta como las consideraciones de mi médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Haya tiempo suficiente para hacer preguntas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. El médico de mi hijo y yo analicemos detenidamente las diferentes opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yo pueda analizar a detalle con el médico de mi hijo las diferentes opciones de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. El médico de mi hijo y yo elijamos juntos una opción de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Yo conozca las ventajas de las opciones de tratamiento individual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Yo conozca cuál opción de tratamiento es la mejor para mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Yo me sienta incluido en la decisión de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Yo me sienta conjuntamente responsable por el futuro tratamiento de mi hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. El médico de mi hijo y yo analicemos a detalle los siguientes pasos del plan de tratamiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. El médico de mi hijo y yo lleguemos a un acuerdo sobre cómo procederemos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Marque la casilla de cada una de las siguientes frases que describa mejor el papel actual que usted ha desempeñado con el médico de su hijo en relación con su atención médica.

- Prefiero tomar la decisión final con respecto al tratamiento que recibirá mi hijo.
- Prefiero tomar la decisión final con respecto al tratamiento de mi hijo después de analizar seriamente la opinión de su médico.
- Prefiero que el médico de mi hijo y yo compartamos la responsabilidad de decidir cuál es el mejor tratamiento para mi hijo.
- Prefiero que el médico de mi hijo tome la decisión final acerca del tratamiento que se utilizará, pero que tome muy en cuenta mi opinión.
- Prefiero dejar al médico de mi hijo todas las decisiones relacionadas con su tratamiento.

31. Marque la casilla de cada una de las siguientes frases que describa mejor el papel actual que usted ha desempeñado con su hijo en relación con su atención médica.

- Prefiero tomar la decisión final con respecto al tratamiento que recibirá mi hijo.
- Prefiero tomar la decisión final con respecto al tratamiento de mi hijo después de analizar seriamente su opinión.
- Prefiero que mi hijo y yo compartamos la responsabilidad de decidir cuál es el mejor tratamiento para él.
- Prefiero que mi hijo tome la decisión final acerca del tratamiento que se utilizará, pero que tome muy en cuenta mi opinión.
- Prefiero dejar a mi hijo todas las decisiones relacionadas con su tratamiento.

La siguiente serie de preguntas es acerca de cierta información general sobre usted y su familia.

32. ¿Cuál es su sexo?

- Masculino
- Femenino

33. ¿Es usted casado, viudo, divorciado, separado, nunca se ha casado o vive con su pareja?

- Casado
- Viudo
- Divorciado
- Separado
- Nunca se ha casado
- Vive con su pareja

34. ¿Cuántos hijos vivos tiene?

\_\_\_\_\_

34b. ¿Cuántos de sus hijos vivos tienen menos de 18 años?

\_\_\_\_\_

34c. ¿Cuántos de sus hijos vivos son adoptados?

\_\_\_\_\_

35. ¿Cuál es el su nivel máximo de estudios completados?

- Ninguno
- Escuela primaria o elemental (grados 1 a 8)
- Algunos años de preparatoria (grados 9 a 12)
- Graduado de preparatoria o GED
- Capacitación después de la preparatoria que no sea universidad (vocacional, técnica, etc.)
- Algunos años de universidad o título de dos años
- Título universitario
- Maestría
- Doctorado

36. ¿Cuál es su condición laboral hasta el día de hoy? Marque todas las opciones que correspondan.

- Empleado que labora 32 horas o más a la semana
- Empleado que labora menos de 32 horas a la semana
- Empleado, pero tiene licencia médica
- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante de medio tiempo
- Desempleado, busca empleo
- Ama de casa
- No puede trabajar debido a una discapacidad
- Jubilado

37. ¿Cuál es su área de ocupación?

- Comercial, financiera, administración, ventas y ocupaciones relacionadas
- Computación, ingeniería y ciencias matemáticas
- Ciencias de la vida, físicas y sociales
- Legal
- Educación, capacitación y biblioteca

- Arte, diseño, entretenimiento, deportes y medios de comunicación
- Medicina general
- Oficina y apoyo administrativo
- Construcción, mantenimiento y recursos naturales
- Producción y transporte
- Otra (especifique): \_\_\_\_\_

38. ¿Cuáles fueron los ingresos totales (antes de pagar impuestos) de todas las fuentes de ingresos de su hogar en el último año? Seleccione una opción.

- Menos de \$10,000
- De \$10,000 a \$19,999
- De \$20,000 a \$34,999
- De \$35,000 a \$49,999
- De \$50,000 a \$74,999
- De \$75,000 a \$99,999
- De \$100,000 a \$149,999
- \$150,000 o más

**Gracias por tomarse el tiempo para contestar este cuestionario.**