

SMOKER FOLLOW-UP SURVEY (WAVES 2-5) IN SPANISH

[DISPLAY]

Formulario aprobado
Número de OMB 0920-0923
Fecha de caducidad XX/XX/XXXX

Cuestionario para fumadores de evaluación de la campaña de educación nacional para la prevención y el control del uso del tabaco

Se calcula que el tiempo que le tomará a cada participante dar esta información será de 30 minutos, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, juntar y mantener los datos requeridos, así como completar y revisar la recopilación de la información. Ninguna agencia o patrocinador puede realizar una recolección de datos, y ninguna persona tiene la obligación de responder a un cuestionario que solicite información, a menos que lleve un número de control de OMB (Oficina de Administración y Presupuesto) válido. Envíe sus comentarios sobre la exactitud del tiempo estimado o cualquier otro aspecto de esta recolección de información, incluso sugerencias sobre a la manera de reducir el tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0923).

TEMAS DEL CUESTIONARIO

SECCIÓN A:	PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN
SECCIÓN B:	PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO
SECCIÓN C:	DEJAR DE FUMAR
SECCIÓN D:	ACTITUDES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON DEJAR DE FUMAR
SECCIÓN E:	HUMO DE SEGUNDA MANO
SECCIÓN F:	USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN
SECCIÓN G:	PREGUNTAS FINALES

SECCIÓN A: PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN

A5. Durante los últimos 30 días, es decir, desde [DATE FILL], ¿durante cuántos días fumó usted cigarrillos?

_____ Número de días

SECCIÓN B: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO

Las siguientes preguntas son sobre su uso de tabaco y dejar de fumar.

B1. En promedio, ¿cuántos cigarrillos al día fuma usted actualmente?

_____ Número of cigarrillos

B2. En los días que fuma, ¿cuánto tiempo pasa normalmente después de que se despierta hasta que fuma su primer cigarrillo del día? Diría que...

1. En los siguientes 5 minutos
2. De 6 a 30 minutos
3. Más de 30 minutos a 1 hora
4. Después de más de 1 hora

Las siguientes preguntas son sobre sus intentos para dejar de fumar cigarrillos regulares en diferentes ocasiones durante el año pasado. Al responder, por favor piense específicamente en ese periodo de tiempo.

C2. Durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?

_____ Número de veces

[ASK C1 of ALL RESPONDENTS]

C1. Durante los últimos **12 meses**, es decir, desde [DATE FILL], ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?

_____ Número de veces

C1a. A continuación, nos gustaría obtener alguna información detallada sobre sus posibles intentos de dejar de fumar en los últimos 4 meses. Usando el cursor, haga clic a las fechas en el calendario a continuación y marque con una "X" cada uno de los días que no fumó cigarrillos en absoluto porque estaba tratando de dejar de fumar. Solo haga clic en las fechas en que no fumó para nada porque estaba tratando de dejar de fumar. Si durante ese periodo de tiempo no hizo ningún intento para dejar de fumar, puede dejar en blanco el calendario y continuar a la siguiente pregunta.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
January	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5
	Jan. 6, 2014	6	7	8	9	10	11	12
	Jan. 13, 2014	13	14	15	16	17	18	19
	Jan. 20, 2014	20	21	22	23	24	25	26
	Jan. 27, 2014	27	28	29	30	31	1	2
February	Feb. 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9
	Feb. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16
	Feb. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23
	Feb. 24, 2014	24	25	26	27	28	1	2
March	March 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9
	Mar. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16
	Mar. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23
	Mar. 24, 2014	24	25	26	27	28	29	30
	Mar. 31, 2014	31	1	2	3	4	5	6
April	April 7, 2014	7	8	9	10	11	12	13
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

January – Enero

Jan - Ene

February – Febrero

Feb - Feb

March – Marzo

Mar – Mar

April – Abril]

C1b. A continuación, nos gustaría obtener más detalles sobre sus hábitos de fumar semanalmente durante los últimos 4 meses. ¿Dejó de fumar por completo por lo menos un día **porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos** durante alguna de las semanas a continuación?

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely at least one day
January	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>
	Jan. 6, 2014	6	7	8	9	10	11	12	<input type="radio"/>
	Jan. 13, 2014	13	14	15	16	17	18	19	<input type="radio"/>
	Jan. 20, 2014	20	21	22	23	24	25	26	<input type="radio"/>
	Jan. 27, 2014	27	28	29	30	31	1	2	<input type="radio"/>
February	Feb. 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>
	Feb. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>
	Feb. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>
	Feb. 24, 2014	24	25	26	27	28	1	2	<input type="radio"/>
March	March 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>
	Mar. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>
	Mar. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>
	Mar. 24, 2014	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>
	Mar. 31, 2014	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>
April	April 7, 2014	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely at least one day

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

January – Enero

Jan - Ene

February – Febrero

Feb - Feb

March – Marzo

Mar – Mar

April – Abril

Quit smoking entirely at least one day – Dejó de fumar por completo por lo menos un día]

C1c. Usted indicó que dejó de fumar por lo menos un día durante las siguientes semanas. Use el cursor, haga clic en las fechas durante cada semana y marque con una “X” los días en los que **no fumó cigarrillos en absoluto**. Solo haga clic en las fechas en que no fumó para nada **porque estaba tratando de dejar de fumar**.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
January	Dec. 30, 2013	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Jan. 6, 2014	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12
	Jan. 13, 2014	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19
	Jan. 20, 2014	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26
	Jan. 27, 2014	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
February	Feb. 3, 2014	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	Feb. 10, 2014	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16
	Feb. 17, 2014	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23
	Feb. 24, 2014	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
March	March 3, 2014	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	Mar. 10, 2014	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16
	Mar. 17, 2014	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23
	Mar. 24, 2014	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30
	Mar. 31, 2014	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
April	April 7, 2014	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

January – Enero

Jan - Ene

February – Febrero

Feb - Feb

March – Marzo

Mar – Mar

April – Abril]

C1d. A continuación, nos gustaría obtener más detalles sobre sus hábitos de usar cigarrillos electrónicos (electronic cigarettes) y cualquier otro producto de tabaco semanalmente durante los últimos 4 meses. ¿Usó cigarrillos electrónicos o cualquier otro producto de tabaco algún día de cada semana a continuación?

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day
January	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 6, 2014	6	7	8	9	10	11	12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 13, 2014	13	14	15	16	17	18	19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 20, 2014	20	21	22	23	24	25	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 27, 2014	27	28	29	30	31	1	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
February	Feb. 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 24, 2014	24	25	26	27	28	1	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
March	March 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 24, 2014	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 31, 2014	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
April	April 7, 2014	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

January – Enero Jan - Ene

February – Febrero Feb - Feb

March – Marzo Mar – Mar

April – Abril

Used an e-cigarette on at least one day – Usé un cigarrillo electrónico por lo menos un día

Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc.) on at least one day – Usé cualquier otro producto de tabaco (puro, pipa hookah, tabaco sin humo, etc.) por lo menos un día]

C1e. A continuación, nos gustaría obtener más detalles sobre su hábito de fumar, su uso de cigarrillos electrónicos y su uso de cualquier otro producto de tabaco semanalmente durante los últimos 4 meses. Para cada semana que se lista a continuación, por favor indique si dejó de fumar por completo por lo menos un día **porque estaba tratando de dejar de fumar**, si usó un cigarrillo electrónico o usó cualquier otro producto de tabaco tal como puros, pipa “hookah” o productos de tabaco sin humo.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely at least one day	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day
January	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 6, 2014	6	7	8	9	10	11	12	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 13, 2014	13	14	15	16	17	18	19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 20, 2014	20	21	22	23	24	25	26	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Jan. 27, 2014	27	28	29	30	31	1	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
February	Feb. 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Feb. 24, 2014	24	25	26	27	28	1	2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
March	March 3, 2014	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 10, 2014	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 17, 2014	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 24, 2014	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mar. 31, 2014	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
April	April 7, 2014	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking at least one day	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

January – Enero

Jan - Ene

February – Febrero

Feb - Feb

March – Marzo

Mar – Mar

April – Abril

Quit smoking entirely at least one day – Dejó de fumar por completo por lo menos un día

Used an e-cigarette on at least one day – Usó un cigarrillo electrónico por lo menos un día

Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc.) on at least one day – Usó cualquier otro producto de tabaco (puro, pipa hookah, tabaco sin humo, etc.) por lo menos un día]

[ASK C3 OF ALL RESPONDENTS]

C3. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo?

C3a. _____[ENTER NUMBER]

C3b. [DROP BOX FOR UNITS]

1. Horas (0 – 24)
2. Días (0 -10)
3. Semanas (0 – 26)
4. Meses (0 – 6)

[IF C1>0 or C1a=1, ASK C3]

C4. La última vez que trató de dejar de fumar, ¿hizo algo de lo siguiente?

[PRESENT IN RANDOM ORDER]

[ANSWER ALL]

Seleccione

1. Sí
2. No

C4_1. Dejó de fumar cigarrillos por completo

C4_2. Redujo gradualmente la cantidad de cigarrillos

C4_3. Cambió **completamente** a cigarrillos electrónicos tales como Blu o NJOY

C4_4. Substituyó algunos de los cigarrillos regulares por cigarrillos electrónicos

C4_5. Cambió a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos

C4_6. Usó reemplazos de nicotina como parches de nicotina o goma de mascar de nicotina

C4_7. Usó medicamentos como Zyban o Chantix

C4_8. Obtuvo ayuda de una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar

C4_9. Obtuvo ayuda de un sitio web tal como Smokefree.gov

C4_10. Obtuvo ayuda de un doctor o de otro profesional médico

[IF C1>0 or C1a=1, ASK C5]

C5. La última vez que trató de dejar de fumar, ¿algo de lo siguiente le motivó a tratar de dejar de fumar?

[PRESENT AS GRID IN RANDOM ORDER, ASK ALL]

1. Sí
2. No

C5_1. Un miembro de la familia o amigo(a) me animó a tratar de dejar de fumar

C5_2. Los comerciales de televisión, anuncios de radio u otros tipos de anuncios que se enfocan en las consecuencias a la salud debidas al hábito de fumar

C5_3. Mi doctor u otro profesional médico me aconsejaron tratar de dejar de fumar

C4_4. Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

C5_4. Otro, especificar _____

C6. Desde [FILL START DATE] entre [START DATE] y [END DATE], ¿visitó o habló con algún tipo de proveedor de cuidado dental (dentista, higienista dental, ortodoncista, cirujano oral, cualquier otro especialista dental) para atención dental o una revisión dental?

1. Sí
2. No

[IF C6=1, ASK C6_1 AND C7]

C6_1. Durante los últimos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] meses**, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con su proveedor de cuidado dental (dentista, higienista dental, ortodoncista, cirujano oral, cualquier otro especialista dental) sobre su hábito de fumar o sobre dejar de fumar?

1. Sí
2. No

C7. Durante los últimos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] meses**, es decir desde [FILL DATE], ¿le aconsejó un proveedor de cuidado dental (dentista, higienista dental, ortodoncista, cirujano oral, cualquier otro especialista dental) dejar de fumar?

1. Sí
2. No

C6a. ¿Desea dejar de fumar cigarrillos por completo?

1. Sí
2. No [FILL C7b=1, GO TO C9]

[ASK C7B IF C6A=1]

C7b. ¿Qué tan deseoso(a) está de dejar de fumar? Diría que...

1. No desea dejar de fumar
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho

C9. ¿Planea dejar de fumar cigarrillos por completo....

1. En los siguientes 7 días,
2. En los siguientes 30 días,

3. En los siguientes 6 meses,
4. En el siguiente 1 año o
5. Más de 1 año a partir de ahora?
6. No está seguro(a)

C10. Si decidiera dejar de fumar por completo en los siguientes 12 meses, ¿qué tan probable cree que sea que usted tenga éxito? Diría que...

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

C11. ¿Qué tanto cree que mejoraría su salud si dejara de fumar?

1. Nada
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho

C12. ¿Qué tanto le preocupa que el fumar dañe su salud en el futuro?

1. No le preocupa nada
2. Le preocupa un poco
3. Le preocupa algo
4. Le preocupa mucho

C14. Cuando está con amistades cercanas,...

1. ¿Todos fuman?
2. ¿La mayoría fuma?
3. ¿La mayoría no fuma?
4. ¿Ninguno fuma?

C15. Cuando está con familiares cercanos,...

1. ¿Todos fuman?
2. ¿La mayoría fuma?
3. ¿La mayoría no fuma?
4. ¿Ninguno fuma?

Preguntas sobre cigarrillos electrónicos

Las siguientes preguntas son sobre cigarrillos electrónicos, también conocidos como "e-cigarettes". Los cigarrillos electrónicos se parecen a los cigarrillos regulares, pero funcionan con baterías y producen vapor en lugar de humo. Existen muchos tipos de cigarrillos electrónicos.

B8. ¿Alguna vez ha usado cigarrillos electrónicos, tales como Smoking Everywhere, NJOY, Blu o Vapor King, aunque sea una sola vez?

1. Sí
2. No

[IF B8=1 ASK B9]

B9. ¿Actualmente usa cigarrillos electrónicos o “e-cigarettes”...

1. Todos los días
2. Algunos días
3. Nunca?

[IF B9=1 ASK B9A AND B9B]

B9a. ¿Normalmente usa cigarrillos electrónicos desechables, de cartuchos o de tanque?

Por favor, indique el tipo de cigarrillos electrónicos que **usa la mayor parte del tiempo.**

1. Cigarrillos electrónicos desechables
2. Cigarrillos electrónicos que usan cartuchos
3. Cigarrillos electrónicos que usan tanques

B9b. En promedio, ¿cómo cuántos [FILL “cigarrillos electrónicos desechables” IF B9a=1]; [FILL “cigarrillos electrónicos de cartuchos” IF B9a=2]; [FILL “cigarrillos electrónicos de tanque” IF B9a=3] usa actualmente a la semana?

_____ [ENTER NUMBER]

[IF B8=1 ASK B10 & B11]

B10. ¿Alguna de las siguientes es una razón por la que usted [IF B9=3, FILL: usó cigarrillos electrónicos por primera vez; IF B9=1 or 2, FILL: usa cigarrillos electrónicos actualmente]?

[SELECT ALL THAT APPLY, PRESENT RANDOMLY]

Sí No

B10_1. Cuestan menos que otras formas de tabaco [PATH]

B10_2. Se pueden usar en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares

B10_3. Pueden hacerme menos daño que los cigarrillos regulares

B10_4. Pueden hacer menos daño a las personas a mi alrededor que los cigarrillos regulares

B10_5. Los cigarrillos electrónicos vienen en sabores que me gustan

B10_6. Los cigarrillos electrónicos me pueden ayudar a dejar de fumar cigarrillos regulares

B10_7. Los cigarrillos electrónicos me pueden ayudar a reducir el número de cigarrillos regulares que fumo.

B10_8. Los cigarrillos electrónicos no tienen olor

- B10_9.** Usar cigarrillos electrónicos se siente igual que fumar cigarrillos regulares
B10_10. Los cigarrillos electrónicos no molestan a las personas que no usan tabaco
B10_11. Me atraen los anuncios de cigarrillos electrónicos
B10_12. Me ayudan a controlar el deseo de fumar.
B10_13. Tengo un amigo o familiar que me sugirió usar cigarrillos electrónicos como una manera para dejar de fumar.
B10_14. Tenía curiosidad sobre los cigarrillos electrónicos
B10_15. Otro, especificar_____

B11. ¿Cuál de esas es la **razón principal por la que** [IF B9=3, FILL: usó cigarrillos electrónicos la primera vez; IF B9=1 or 2, FILL: actualmente usa cigarrillos electrónicos]?

[IF MORE THAN ONE ITEM SELECTED IN B10, DISPLAY LIST OF ALL REASONS SELECTED IN B10. IF ONLY ONE ITEM SELECTED IN B10, FILL FOR B11]

[IF B9 = 3, ASK B11a]

B11a. Anteriormente usted indicó que ha probado los cigarrillos electrónicos pero que no los usa actualmente. Use el cuadro a continuación para decirnos en pocas palabras por qué no usa cigarrillos electrónicos actualmente.

OPEN-ENDED_____

[IF B9=1 OR B9=2, ASK B11b]

B11b. Anteriormente usted indicó que actualmente fuma cigarrillos regulares y también usa cigarrillos electrónicos. Use el cuadro a continuación para decirnos en pocas palabras cuáles son sus razones para no cambiar de cigarrillos regulares a cigarrillos electrónicos por completo.

OPEN-ENDED_____

[ASK B12 IF B9=1 or 2]

B12. ¿Usa cigarrillos electrónicos en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares?

1. Sí
2. No

B12a. ¿Usa cigarrillos electrónicos en alguno de los siguientes lugares?

1. Sí
2. No

[ANSWER ALL, RANDOMIZE ORDER]

- B12a_1.** Restaurantes o bares
B12a_2. Tiendas o centros comerciales
B12a_3. Aviones

- B12a_4.** Playas, parques u otros lugares al aire libre
- B12a_5.** En su automóvil u otro tipo de vehículo
- B12a_6.** En su hogar
- B12a_7.** En algún otro lugar, especifique _____

[IF B9=1 or 2 (DUAL USERS), ASK B13]

B13. Según lo que usted sabe o cree, ¿usar una combinación de cigarrillos electrónicos y cigarrillos regulares hace menos daño que solo fumar cigarrillos regulares, más daño que fumar cigarrillos regulares, o igual de daño que fumar cigarrillos regulares?

Por favor indique su respuesta en una escala del 1 al 5, donde uno es mucho menos daño, 3 es igual de daño y 5 es mucho más daño que los cigarrillos regulares.

- 1 (mucho menos daño que solo fumar cigarrillos regulares)
- 2
- 3 (igual de daño que fumar cigarrillos regulares)
- 4
- 5 (mucho más daño que fumar cigarrillos regulares)

[ASK C6 & C7 OF ALL SMOKERS]

USO DE UNA LÍNEA TELEFÓNICA DE AYUDA Y CONOCIMIENTO

C18. Una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar es un servicio gratuito que conecta a los fumadores de tabaco con alguien que les pueda ayudar a dejar de fumar. ¿Sabe usted algún servicio con una línea telefónica de ayuda disponible para ayudarle a dejar de fumar?

- 1. Sí
- 2. No

C20. ¿Ha escuchado hablar de 1-800-QUIT-NOW?

- 1. Sí
- 2. No

[IF C20=1, ASK C20a]

C20a. ¿Ha llamado a 1-800-QUIT-NOW o alguna otra línea telefónica de ayuda para dejar de fumar en los últimos 3 meses, desde **[FILL DATE]**?

- 1. Sí
- 2. No

SECCIÓN D: ACTITUDES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON DEJAR DE FUMAR

En las siguientes preguntas se le piden su opinión sobre fumar, usar tabaco y dejar de fumar.

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1	2	3	4
Muy			Muy
En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo

[RANDOMIZE ORDER]

- D1.** Es un placer fumar cigarrillos.
- D2.** Fumar cigarrillos alivia la tensión.
- D3.** Fumar me ayuda a concentrarme y hacer mejor mi trabajo.
- D4.** Tendría más energía en este momento si no fumara.
- D5.** Me da vergüenza tener que fumar.
- D6.** Fumar perjudica mi salud.

Piensa dejar de fumar

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1	2	3	4
Muy			Muy
En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo

[RANDOMIZE ORDER]

- D8.** Estoy ansioso(a) de tener una vida libre de tabaco.

Preocupación sobre la salud

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con las siguientes declaraciones.

1	2	3	4
Muy			Muy
En desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	De acuerdo

[RANDOMIZE ORDER]

- D10.** Me molesto cuando pienso en mi hábito de fumar tabaco.
- D11.** Estoy decepcionado(a) conmigo mismo(a) porque fumo tabaco.
- D12.** Me molesto cuando escucho o leo sobre las enfermedades causadas por fumar tabaco.
- D13.** Me molestan las advertencias sobre los riesgos a la salud debidos a fumar tabaco.
- D14.** Fumar tabaco va a empeorar seriamente mi calidad de vida en el futuro.
- D16.** Los fumadores deben tomar en serio las advertencias sobre fumar cigarrillos y el cáncer del pulmón.
- D17.** En una escala de 1 a 5, donde 1 es una “prioridad baja” y 5 es una “prioridad alta”, ¿cómo calificaría la prioridad en su vida de dejar de fumar?

1. Prioridad baja
- 2.

- 3.
- 4.
5. Prioridad alta

Percepción de riesgo

Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con la siguiente declaración.

D18. Fumar tabaco puede dañar su cuerpo de inmediato.

1. Muy de acuerdo
2. De acuerdo
3. En desacuerdo
4. Muy en desacuerdo

D20. ¿Qué tan probable es que *usted* pueda contraer una enfermedad como resultado de fumar tabaco?

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

D21. ¿Piensa usted que fumar cigarrillos está relacionado con...?

[RANDOMIZE ORDER]	1	2
	Sí	No

- D21_1.** Cáncer del pulmón
- D21_2.** Cáncer de la boca o garganta
- D21_3.** Enfermedad cardíaca
- D21_4.** Diabetes
- D21_5.** Enfisema
- D21_6.** Embolia cerebral
- D21_7.** Orificio en la garganta (estoma o traqueotomía)
- D21_8.** Enfermedad de Buerger
- D21_9.** Amputaciones (de extremidades);
- D21_10.** Asma
- D21_11.** Cálculos biliares
- D21_12.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica
- D21_13.** Enfermedad periodontal o de las encías
- D21_14.** Parto prematuro
- D21_15.** Cáncer colorectal

E8b. ¿Qué tan probable le parece que las personas diabéticas empeoren sus complicaciones médicas debidas a la diabetes, tales como la ceguera, la insuficiencia renal o amputaciones al fumar tabaco?

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

SECCIÓN E: HUMO DE SEGUNDA MANO

E1. Además de usted, ¿alguien más que viva en su hogar fuma cigarrillos actualmente?

1. Sí
2. No

E7. ¿Piensa usted que respirar el humo de los cigarrillos de otras personas o de otros productos de tabaco...?

1. No hace daño a la salud
2. Hace algo de daño a la salud
3. Hace mucho daño a la salud

E8a. ¿Qué tan probable le parece que el respirar regularmente humo de segunda mano de los cigarrillos ocasione a las personas que no fuman asma, infecciones o daños al pulmón?

1. Extremadamente probable
2. Muy probable
3. Algo probable
4. Muy improbable
5. Extremadamente improbable

E8b. Sin contar terrazas, porches o garajes, fumar dentro de su hogar,....

1. **Siempre** está permitido
2. Solo se permite en **ciertas** ocasiones o en **ciertos** lugares
3. Nunca se permite

E9. ¿Está seriamente considerando incrementar las restricciones sobre fumar en su hogar?

1. Definitivamente sí
2. Probablemente sí
3. Probablemente no
4. Definitivamente no

SECCIÓN F: USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN

F1. En un día típico, ¿cuánto tiempo ve televisión?

1. Nada
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora
4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

F2. En un día típico, ¿cuántas horas escucha radio?

1. Ninguna
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora

4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

F3. En un día típico, ¿cuántas horas usa Internet por razones personales?

1. Ninguna
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora
4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

F4. ¿Qué tipo de conexión a Internet tiene para la computadora en su casa u otra computadora principal?

1. Cable/DSL/banda ancha/alta velocidad
2. Conexión por vía telefónica (Dial-Up)
3. No está seguro(a)

F13. ¿Ha escuchado hablar del sitio web www.cdc.gov/Tips (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

[IF F13=1 ASK F13a]

F13a. ¿Ha visitado el sitio web www.cdc.gov/Tips (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español) en los últimos 3 meses, desde **[FILL DATE]**?

1. Sí
2. No

F17. En los últimos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION]**, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha visto o escuchado algún anuncio en televisión o radio con los siguientes temas o eslóganes?

[RANDOMIZE ORDER]	1	2
	Sí	No

F17_1. TIPS FROM A FORMER SMOKER (CONSEJOS DE EXFUMADORES)

F17_2. TRUTH (VERDAD)

F17_3. BECOME AN EX (CONVIERTASE EN EXFUMADOR)

F17_4. EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE (CADA CIGARRILLO LE HACE DAÑO)

F17_5. TOBACCO FREE LIVING (VIVIR LIBRE DE TABACO)

[IF F17_1=1, ASK F18]

F18. ¿En dónde ha visto o escuchado sobre la campaña TIPS/CONSEJOS?

- | | |
|----|----|
| 1 | 2 |
| Sí | No |

[RANDOMIZE]

F18_1. En televisión

F18_2. En radio

F18_3. En periódicos o revistas

F18_4. En Internet

F18_5. Carteles u otros anuncios al aire libre

F20. La campaña TIPS/CONSEJOS se encuentra en sitios de las redes sociales incluyendo Facebook, MySpace y Twitter. ¿Alguna vez ha visto la campaña TIPS/CONSEJOS en estos sitios?

1. Sí
2. No

EXPOSICIÓN Y REACCIÓN A LOS ANUNCIOS DE TELEVISIÓN

Ahora, nos gustaría que vea una serie de anuncios que se han mostrado en televisión y en Internet en los Estados Unidos. Por favor, asegúrese que el volumen en su computadora esté a un nivel adecuado. Puede que usted reciba un aviso de su computadora indicando que necesita descargar un programa que le permita ver el video. Aunque no funcionen los videos, de todas maneras podrá ver las imágenes y las descripciones de los anuncios. Cuando esté listo(a), por favor haga clic en el enlace a continuación para ver el primer anuncio. Puede ver un total de [FILL # TOTAL ADS] anuncios. Después de ver cada anuncio, se le harán algunas preguntas sobre sus opiniones acerca del anuncio.

[SHOW AD_x]

F21_x. ¿Pudo ver este video?

1. Sí
2. No

[IF F21_x=2, GO TO F23_x]

[ASK F23_x IF F21_x=2]

F23_x. Ahora nos gustaría mostrarle algunas imágenes de anuncios de televisión que se han mostrado en los Estados Unidos. Una vez que haya visto las imágenes a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY STORYBOARD IMAGES FOR AD_x]

F24_x. ¿Ha visto este anuncio en televisión o en Internet en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Sí
2. No

[IF F24_x = 1, ASK F24a_x_TV]

F24a_x_TV. En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en televisión?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia (seguido)
5. Con mucha frecuencia (muy seguido)

[IF F24_x = 1, ASK F24a_x_COMPUTER]

F24a_x_COMPUTER. En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una computadora portátil o de escritorio?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
6. Con frecuencia (seguido)
4. Con mucha frecuencia (muy seguido)

[IF F24_x = 1, ASK F24a_x_MOBILE]

F24a_x_MOBILE. En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia (seguido)
5. Con mucha frecuencia (muy seguido)

[IF F24a_x_COMPUTER = 1, ASK F24d_x]

F24d_x. Anteriormente usted indicó haber visto este anuncio ya sea en una computadora portátil o de escritorio. Cuando vio este anuncio en su computadora,...

1. Sí
2. No

F24d_x_1. ¿Notó el anuncio en el sitio web que estaba visitando?

F24d_x_2. ¿Buscó el anuncio en YouTube, Google u otro buscador en Internet?

[SHOW F25_x – F28_x FOR FIRST 3 ADS ONLY]

F25_x. Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

F30. ¿Habló con alguien sobre alguno de estos anuncios?

1. Sí
2. No

[IF F30=1, ASK F31]

F31. Cuando habló acerca de los anuncios, ¿la persona con la que habló sobre los anuncios le animó a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

EXPOSICIÓN A ANUNCIOS DE RADIO

Ahora, nos gustaría que escuche un anuncio de radio que se transmitió en los Estados Unidos. Por favor, asegúrese que el volumen en su computadora esté a un nivel adecuado. Puede que usted reciba un aviso de su computadora indicando que necesita descargar un programa que le permita escuchar el audio. Aunque no pueda escuchar el audio, de todas maneras puede leer la descripción del anuncio. Hay un total de **[FILL # TOTAL RADIO ADS]** anuncios de radio para escuchar. Cuando esté listo(a), por favor haga clic en el enlace a continuación para escuchar el anuncio. Después de que escuche el anuncio, habrá unas cuantas preguntas que se refieren a lo que recuerda del anuncio.

[PLAY RADIO AD CHOSEN]

F32_x. ¿Pudo escuchar este anuncio?

1. Sí
2. No

[IF F32_x=2, GO TO F34]

[ASK F34_x IF F32_x=2]

F34_x. Ahora nos gustaría mostrarle el guion de un anuncio de radio que se ha transmitido en los Estados Unidos. Una vez que haya leído el guion a continuación, por favor haga clic en la fecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY SCRIPT FOR RADIO AD]

F35_x. ¿Ha escuchado este anuncio en el radio en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Sí
2. No

[IF F35_x=1, ASK F35a_x]

F35a_x. En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha escuchado este anuncio en el radio?

1. Rara vez
2. A veces

3. Con frecuencia (seguido)
4. Con mucha frecuencia (muy seguido)

EXPOSICIÓN A ANUNCIOS, MATERIAL IMPRESO Y FUERA DEL HOGAR

A continuación, nos gustaría que vea algunos anuncios que aparecieron recientemente en revistas, sitios web y en letreros en áreas tales como paradas de autobús, interiores de autobuses, carteles y en otros lugares públicos. Verá 3 grupos de imágenes, seguidas de algunas preguntas sobre su impresión al ver estos anuncios anteriormente. Cuando esté listo para verlos, por favor haga clic en “Next” (siguiente).

[SHOW IMAGE “Online Compilation.jpg”]

Por favor haga clic a “Next” (siguiente) para ver la siguiente serie de imágenes.

[SHOW IMAGE “Print Compilation.jpg”]

Por favor haga clic a “Next” (siguiente) para ver la siguiente serie de imágenes.

[SHOW IMAGE “Out of Home Compilation.jpg”]

Por favor haga clic a “Next” (siguiente) para continuar a las siguientes preguntas.

F36. En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]**, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**, ¿ha visto alguno de los siguientes anuncios en revistas, en sitios web o en lugares públicos fuera de su hogar?

1. Sí
2. No

[IF F36=1, ASK F37]

F37. ¿En dónde vio estos anuncios?

1. Sí
2. No

[RANDOMIZE]

F37_1. Revistas o publicaciones impresas

F37_2. Sitios Web en Internet

F37_3. Lugares públicos tales como paradas de autobús, interiores de autobuses, boletines al aire libre, etc.

CONOCIMIENTO DE LOS ANUNCIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

F38_x. Ahora nos gustaría que vea una serie de imágenes de las pantallas de **[FILL # ADS]** anuncios de televisión que se han mostrado en los Estados Unidos. Una vez que haya visto las imágenes a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY STORYBOARD IMAGES FOR E-CIG AD_x]

F38_x. ¿Ha visto este anuncio en televisión o en Internet en los últimos **3 meses**, desde [FILL DATE]?

1. Sí

2. No

[IF F38_x = 1, ASK F38a_x_TV]

F38a_x_TV. En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en televisión?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia (seguido)
5. Con mucha frecuencia (muy seguido)

[IF F38_x = 1, ASK F38a_x_COMPUTER]

F38a_x_COMPUTER. En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una computadora portátil o de escritorio?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia (seguido)
5. Con mucha frecuencia (muy seguido)

[IF F38_x = 1, ASK F38a_x_MOBILE]

F38a_x_MOBILE. En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia (seguido)
5. Con mucha frecuencia (muy seguido)

F41_x. Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

[RANDOMIZE ORDER]

F41a_x. Vale la pena recordar este anuncio.

F41b_x. Este anuncio me llamó la atención.

F41c_x. Este anuncio es de gran impacto.

F41d_x. Este anuncio es informativo.

F41e_x. Este anuncio tiene significado para mí.

F41f_x. Este anuncio convence.

F42_x. Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

[RANDOMIZE ORDER]

F42a_x. [IF B8=2, EVER_ECIG=NO)] Este anuncio hace que me den ganas de probar un cigarrillo electrónico.

F42b_x. Este anuncio hace que me den ganas de cambiar a cigarrillo electrónico por completo y dejar de fumar cigarrillos regulares.

F42c_x. Este anuncio hace que me den ganas de usar cigarrillos electrónicos para fumar menos cigarrillos regulares.

F42d_x. Este anuncio hace que me den ganas de usar cigarrillos electrónicos en lugares en donde normalmente no se pueden fumar cigarrillos regulares.

SECCIÓN G: PREGUNTAS FINALES

[IF SAMPLE = KP, GENDER, RACE, EDUCATION, INCOME, MARITAL STATUS, AND EMPLOYMENT VARIABLES WILL BE IMPORTED FROM KP PROFILE INFORMATION]

[ASK G1 OF ALL RESPONDENTS]

G1. ¿Cuántos niños de 17 años o menos viven en su hogar durante 6 meses o más al año?

__ Número de niños

[IF SAMPLE = ABS, ASK G5]

G5. ¿Cuál es el grado o año escolar más avanzado que ha completado?

1. No tiene una educación formal
2. 1º, 2º, 3º o 4º grado
3. 5º o 6º grado
4. 7º o 8º grado
5. 9º grado
6. 10º grado
7. 11º grado
8. 12º grado, sin diploma
9. Se graduó de preparatoria o “high school” – diploma de GED o equivalente a “high school”
10. Algo de universidad o “college”, sin haberse graduado
11. Grado asociado o carrera técnica de 2 años
12. Título universitario o “Bachelor’s degree”
13. Maestría
14. Título profesional o doctorado

[IF SAMPLE = ABS, ASK G6]

La siguiente pregunta es sobre el ingreso total DE SU HOGAR en los ÚLTIMOS 12 MESES. Por favor incluya su ingreso MÁS el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (incluyendo una pareja que viva en su hogar y miembros de las fuerzas armadas que vivan en el hogar). Por favor, cuente el ingreso ANTES DE IMPUESTOS y de todas las fuentes (tal como sueldos, salarios, propinas, ganancias de un negocio, intereses, dividendos, manutención infantil (child support), pensión por divorcio (alimony) y seguro social, asistencia pública, jubilaciones o beneficios de retiro).

G6. ¿Fue el ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses...?

1. Menos de \$35,000
2. \$35,000 o más
3. No sabe

[IF G6=1, ASK G6a]

G6a. Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. Fue...

1. Menos de \$5,000
2. De \$5,000 a \$7,499
3. De \$7,500 a \$9,999
4. De \$10,000 a \$12,499
5. De \$12,500 a \$14,999
6. De \$15,000 a \$19,999
7. De \$20,000 a \$24,999
8. De \$25,000 a \$29,999
9. De \$30,000 a \$34,999

[IF G6=2, ASK G6b]

G6b. Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. Fue...

1. De \$35,000 a \$39,999
2. De \$40,000 a \$49,999
3. De \$50,000 a \$59,999
4. De \$60,000 a \$74,999
5. De \$75,000 a \$84,999
6. De \$85,000 a \$99,999
7. De \$100,000 a \$124,999
8. De \$125,000 a \$149,999
9. De \$150,000 a \$174,999
10. \$175,000 o más

[IF SAMPLE = ABS OR SSI, ASK G7]

G7. ¿Está usted casado(a), viudo(a), divorciado(a), separado(a), nunca se ha casado o vive con una pareja?

1. Casado(a)
2. Viudo(a)
3. Divorciado(a)
4. Separado(a)
5. Nunca se ha casado
6. Vive con una pareja

[IF SAMPLE = ABS OR SSI, ASK G8]

G8. ¿Cuál de las siguientes declaraciones mejor describe su situación de empleo actual?

1. Trabaja – como empleado con paga
2. Trabaja – por cuenta propia
3. No trabaja – temporalmente sin empleo
4. No trabaja – en busca de trabajo
5. No trabaja – jubilado(a)
6. No trabaja – discapacitado
7. No trabaja – otro

[ASK G9 OF ALL RESPONDENTS]

G9. ¿Cuántas encuestas web sobre cigarrillos o tabaco como esta completó durante el año pasado?

1. Ninguna
2. 1 encuesta
3. 2 encuestas
4. 3 encuestas
5. 4 encuestas
6. 5 o más encuestas

[ASK G15 OF ALL RESPONDENTS]

G15. ¿Ha sido diagnosticado(a) por un médico u otra profesional médico calificado con cualquiera de las siguientes condiciones médicas?

- | | |
|----|----|
| 1 | 2 |
| Sí | No |

[RANDOMIZE, WITH “SOMETHING ELSE” ALWAYS LAST]

G15_1. Enfermedad de reflujo ácido/gástrico

G15_2. Trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD)

G15_3. Trastorno de ansiedad

G15_4. Asma, bronquitis crónica o COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)

G15_5. Cáncer (cualquier tipo excepto cáncer de la piel)

G15_6. Dolor crónico (tal como dolor de espalda, cuello o fibromialgia)

G15_7. Depresión

G15_8. Diabetes

- G15_9. Ataque al corazón
- G15_10. Enfermedad cardíaca
- G15_11. Presión arterial alta
- G15_12. Colesterol alto
- G15_13. VIH/SIDA
- G15_14. Enfermedad del riñón
- G15_15. Trastorno de salud mental
- G15_16. Esclerosis múltiple
- G15_17. Osteoartritis, dolor o inflamación de las articulaciones
- G15_18. Osteoporosis u osteopenia
- G15_19. Artritis reumatoide
- G15_20. Alergias de la temporada
- G15_21. Cáncer de la piel
- G15_22. Trastorno del sueño tal como apnea o insomnio
- G15_23. Embolia cerebral
- G15_24. Algo diferente

G20. ¿Usted o alguien en su hogar se conecta al Internet desde su hogar?

1. Sí
2. No

G21. ¿Vive usted en un área metropolitana o no metropolitana (rural)?

1. No metropolitana (Rural)
2. Suburbana
3. Urbana

[ASK G22 OF ALL RESPONDENTS]

G22. Usando la escala a continuación, por favor díganos qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con las siguientes declaraciones.

1	2	3	4	5
Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo

G20a. Normalmente pruebo nuevos productos antes que otras personas.

G20b. Con frecuencia pruebo nuevas marcas porque me gusta la variedad y me aburro con lo mismo de antes.

G20c. Cuando voy de compras busco las cosas nuevas.

G20d. Yo soy el primero de mis amigos(as) y familia en probar algo nuevo.

G20e. Me gusta platicarles a los demás sobre nuevas marcas o tecnología.

[IF KP ACTIVE, DISPLAY]:

Gracias por completar la encuesta de hoy. Sus opiniones serán de gran ayuda para los responsables del estudio; les ayudará a evaluar el impacto de los anuncios de televisión sobre dejar de fumar.

[IF KP ACTIVE, DISPLAY]:

Se le otorgarán [AMOUNT] puntos como bono acreditable a su cuenta de KnowledgePanel por completar la encuesta. Se le enviará una encuesta de seguimiento en unos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION]** y se le otorgarán [AMOUNT] puntos como bono por completar esa encuesta.

[IF ABS, DISPLAY]:

ADD1. Esas son todas nuestras preguntas. Muchas gracias por su participación en nuestra encuesta. Como muestra de agradecimiento, nos gustaría enviarle [IF SAMPLE = KP WITHDRAWN, "\$15"; IF SAMPLE=ABS, "\$20"]. ¿Nos puede dar su nombre y dirección de correo para poder enviarle el cheque en el correo? Esta información no se va a asociar con sus respuestas a la encuesta de ninguna manera.

Después de que registre su información, por favor asegúrese de hacer clic en "Next" (siguiente).

Nombre (Primer/Apellido): **[TEXTBOX]**

Número y nombre de la calle (Si corresponde, incluya número de unidad): **[TEXTBOX]**

Ciudad: **[TEXTBOX]**

Estado: **[TEXTBOX]**

Código postal: **[TEXTBOX]**