

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 03 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-XXXX). Do not return the completed form to this address.



# HCHS/SOL Tobacco Use Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE: TBS  
VERSION: A 7/20/07

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SEQ #	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------	-------	----------------------	----------------------

Acrostic: \_\_\_\_\_

## ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:  /  /   
Month Day Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** Mark a check in the appropriate box for the response. Unless instructed, mark **ONLY** one response.

### A. Cigarette Smoking

1. Alguna vez ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en su vida?

No 0  → **GO TO QUESTION 10**  
 Sí 1

2. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar cigarrillos de manera regular?

Edad en años

Nunca fumó cigarrillos de manera regular

3. ¿Actualmente fuma usted cigarrillos diario, algunos días o no fuma en absoluto?

Diario 1  → **GO TO QUESTION 4**  
 Algunos días 2  → **GO TO QUESTION 5**  
 En absoluto 3  → **GO TO QUESTION 6**

### B. Smoke Daily

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?

Cigarrillos al día (1 = 1 o fewer per day)

4a. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?

No 0  → **GO TO QUESTION 9**  
 Sí 1

4b. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?

Años → **GO TO QUESTION 7**

### C. Smoke Some Days

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?

Número de días

5a. Durante los últimos 30 días en los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó cada día?

Cigarrillos al día (1 = 1 or fewer per day)

5b. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?

No 0  → **GO TO QUESTION 9**  
 Sí 1

5c. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?

Años → **GO TO QUESTION 7**

**D. Currently Smoke Not at All**

6. ¿Cuántos años tenía usted cuando dejó de fumar completamente?

Edad en años

6a. Cuando usted era un(a) fumador(a), ¿alguna vez dejó de fumar por 6 meses o más antes de dejar de fumar completamente?

No 0  → **GO TO QUESTION 7**  
 Sí 1

6b Durante el tiempo que usted fue un fumador, ¿por cuántos años en total dejó de fumar?

Años

**E. Smoking Cessation**

7. ¿Cuál es la principal razón por la que usted dejó de fumar cigarrillos?

- Por consejo del médico 1
- Por razones de salud, iniciado por usted mismo  
incluyendo precaución con respeto a las enfermedades 2
- Por presión de otras personas, sin incluir el médico 3
- Otra 4

*Si otra, por favor especifique:* \_\_\_\_\_

8. De los siguientes artículos, ¿cuál ha usado en el intento de dejar de fumar? (Mark all that apply)

- a. Goma de nicotina
- b. Parche de nicotina
- c. Nicotine espray
- d. Xyban (bupropion)
- e. Chantix (varenicline)
- f. Ninguno

9. En promedio durante todo el tiempo que usted ha fumado o fumó, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

Cigarrillos al día (1 = 1 or fewer per day)

**F. Pipe Smoking**

10. ¿Alguna vez ha fumado pipa de manera regular? (Regular significa más de 12 oz. de tabaco en toda su vida.)

No 0   
 Sí 1

**G. Cigar Smoking**

11. ¿Alguna vez ha fumado cigarros o puros de manera regular? (Regular significa más de 1 cigarro o puro a la semana por un año en cualquier momento en su vida.)

No            0

Sí             1

**H. Second-hand Smoke Exposure**

12. Antes de cumplir 13 años de edad, vivió usted con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar?

No            0  → **GO TO QUESTION 14**

Sí             1

No sabe      9  → **GO TO QUESTION 14**

13. ¿Fumaba su madre en su hogar?

No            0

Sí             1

No sabe      9

14. Sin incluirse usted, ¿cuántas personas que viven actualmente en su vivienda, fuman regularmente en el hogar?

Ninguna            0

1 persona            1  → **GO TO QUESTION 16**

2 personas            2  → **GO TO QUESTION 16**

3 personas            3  → **GO TO QUESTION 16**

4 o más personas    4  → **GO TO QUESTION 16**

15. Desde que cumplió 13 años de edad, ¿alguna vez vivió con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar (sin incluirse usted)?

No            0

Sí             1

16. Durante el último año, en promedio, ¿cuántas horas por semana estuvo usted en contacto cercano con personas que estaban fumando? Esto incluye el tiempo que pasó en el hogar, el trabajo, en el carro o en otro sitio cerrado.

Horas a la semana