

**Smoke-Free
Multi-Unit Housing Policy Study:
Resident Survey - Baseline**

Los Angeles County Department of Public Health

Tobacco Control & Prevention Program

Healthy Housing, Solutions, Inc.

Westat

CDC

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 45 a 60 minutos por formulario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

Table of Contents

Screening Eligibility.....	3
Section A: Housing Characteristics and Environment Questions A1-A18.....	6
Section B: Secondhand Smoke Exposure Questions B1-B17.....	10
Section C: Knowledge, Attitudes & Beliefs about Secondhand Smoke, Housing Policy Implementation & Enforcement Issues Questions C1-C23.....	16
Section D: Smoking Status and Cessation Behaviors among Residents Questions D1-D19.....	24
Section E: Smoking-Related Illnesses Questions E1-E30.....	29
Section F: Respondent Characteristics Questions F1-F10.....	35
Section G: Children's Module Questions G1-G32.....	37
Visual Assessment	54

The Los Angeles County Department of Public Health, Healthy Housing Solutions, Inc., and Westat acknowledge that this survey adapts questions from many sources, most especially:

- Roswell Park Cancer Institute's surveys of Multi-Unit Housing Operators and Residents;
- Multi-unit Housing Owner/Manager Survey Questionnaire funded by the California Department of Public Health's Tobacco Control Program and conducted on behalf of the University of California, Los Angeles and the California Apartment Association;
- Behavioral Risk Factor Surveillance Survey 2011;
- Los Angeles County Health Survey 2011;
- Massachusetts Tobacco Survey – Adults;
- California Tobaccos Survey – Adults;
- Strata Corporation and Context Research, Ltd. Residents in MultiUnit Dwellings, 2008. Conducted on behalf of the Heart and Stroke Foundation of B.C. and Yukon to support the British Columbia Smoke-Free Housing in Multi-Unit Dwelling (MUDs) Initiative; and
- National Survey of Lead and Allergens in Housing: Resident Questionnaire sponsored by the U.S. Department of Housing and Urban Development and the National Institute of Environmental Health and Sciences.

SCREENING ELIGIBILITY

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 45 a 60 minutos por formulario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

Buenos días/Buenas tardes, Mi nombre es XXXXXXXX y trabajo para Healthy Housing Solutions en Columbia, MD. Esta no es una llamada de ventas. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos nos han solicitado hacer un estudio de las reglas que prohíben fumar en bloques de apartamentos. Estoy aquí hoy porque su apartamento ha sido seleccionado para participar en nuestro estudio. Le voy a hacer algunas preguntas para ver si su hogar puede participar)

S0. ¿Me podría dar su nombre?

NAME 1 (Last, First): _____

Usted puede parar esta entrevista en cualquier momento. Si usted no puede participar en el estudio, la información que usted me dé se destruirá. ¿Tengo su autorización para continuar?]

S1. ¿Vive usted en este bloque de apartamentos?: *street number:* _____, *street name:* _____, *apartment unit number:* _____, *city:* _____, *zip:* _____?

- ☐ Yes (If "Yes", go to Question S2)
- ☐ No (If "No", STOP interview)
- ☐ Don't know (If "Don't know", STOP interview)
- ☐ Refused (If "Refused", STOP interview)

S2. Actualmente, ¿renta usted o es el propietario de este apartamento?

- ☐ Own (If "Own", STOP interview). Gracias por su tiempo. Para este estudio necesitamos entrevistar a inquilinos.
- ☐ Rent (If "Rent", go to Question S3)
- ☐ Don't know (If "Don't know", STOP interview)
- ☐ Refused (If "Refused", go to STOP interview)

S3. ¿Se prohíbe totalmente fumar en su apartamento, incluyendo balcones, patios o jardines?

- ☐ Yes (If "Yes", go to Question S4)

- ☐ No (If "No", STOP interview). Gracias por su tiempo.
- ☐ Don't know (If "Don't know", STOP interview)
- ☐ Refused (If "Refused", STOP interview)

S4. ¿Se aplica esa prohibición de fumar a todos los visitantes (por ejemplo, familiares, amigos, etc)?

- ☐ Yes (If "Yes", go to Question S5)
- ☐ No (If "No", STOP interview)
- ☐ Don't know (If "Don't know", STOP interview)
- ☐ Refused (If "Refused", STOP interview)
- ☐ Yes

S5. Incluyéndose usted, ¿cuántos adultos mayores de 18 años viven actualmente en este hogar?

Specify number of adults: _____

- ☐ Don't know (If "Don't know", ask to speak to someone who would know)
- ☐ Refused (If "Refused", ask to speak to someone who would know)

S6. De esos adultos, ¿quién tuvo el cumpleaños más reciente?

Adult Name: (Last, First): _____

- ☐ Don't know (If "Don't know", ask to speak to someone who would know)
- ☐ Refused (If "Refused", ask to speak to someone who would know)

[If eligibility criteria are met and this is the adult with the most recent birthday, continue with screening questions or schedule a time to return. If the adult with the most recent birthday is not currently being interviewed, request to talk to that adult.]

S6a. If Adult NAME 2 is not currently available, ¿cuándo sería un momento mejor para hablar con él o ella?

Specify day & time: _____

Obtain Phone Number _____

Provide recruitment flyer.

- ☐ Don't know (If "Don't know", give contact card so Adult Name 2 can contact interviewer)
- ☐ Refused (If "Refused", STOP interview)

S7. ¿Cuántos niños menores de 18 años viven actualmente en este hogar?

Specify number of children: _____ (If no children, begin consent process or reschedule return visit).

- ☐ Don't know (If "Don't know", ask to speak to someone who would know)

☐ Refused (If "Refused", ask to speak to someone who would know)

S.8. ¿Es usted el padre, la madre, o la persona principal a cargo de estos niños?

☐ Yes (If "Yes", go to Question S9)

☐ No (If "No", STOP and ask to speak to parent/caregiver)

☐ Don't know (If "Don't know", STOP interview)

☐ Refused (If "Refused", STOP interview)

[If the parent is not currently being interviewed, request to talk to the parent/caregiver. If not at home, ask to complete the interview with the adult with the most recent birthday and schedule a time for a call with the parent.]

S9. De estos niños, ¿quién tuvo el cumpleaños más reciente?

Child Name 3 (Last, First Name): _____

☐ Don't know (If "Don't know", ask to speak to someone who would know)

☐ Refused (If "Refused," ask to speak someone who would know)

S10. ¿Podría darnos su información de contacto para la próxima entrevista?

Phone number: _____

E-mail: _____

☐ No

☐ Don't know

☐ Refused

SECTION A: HOUSING CHARACTERISTICS & ENVIRONMENT

Se estima que el cálculo de tiempo para esta recolección de información es de 45 a 60 minutos por formulario, incluyendo el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recolección de información. Ninguna agencia puede realizar ni patrocinar una recolección de información, y ninguna persona está obligada a responder a dicha recolección de información, a menos que esta muestre un número de control vigente de la OMB. Envíe sus comentarios respecto a este cálculo de tiempo o a otro aspecto de esta recolección de información, incluyendo sugerencias de cómo reducir este cálculo de tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-xxxx)

A1INTRO. Quisiera empezar con algunas preguntas generales acerca de su apartamento y del vecindario.

A1. ¿Hace cuánto que vive en su apartamento actual?

NUMBER OF YEARS.....|_|_| → IF LESS THAN 1 YEAR,
ENTER "0"
NUMBER OF MONTHS.....|_|_| → IF LESS THAN 1 MONTH,
ENTER "1"
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

A2. En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría a este bloque de apartamentos como lugar para vivir? 10 es lo mejor, 1 es lo peor.

10	9	8	7	6	5	4	3	2	1
BEST									WORST
REFUSED..... -7									
DON'T KNOW..... -8									

A3. ¿Estaría de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?

	<u>AGREE</u>	SOME DO/ SOME <u>DON'T</u>	<u>DISAGREE</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
A3a. Las personas en este bloque de apartamentos se conocen bien entre sí.....	1	2	3	-7	-8
A3b. Las personas en este bloque de apartamentos se preocupan por los demás.....	1	2	3	-7	-8

A4. Le voy a leer una lista de distintas maneras de calentar o enfriar su apartamento. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha usado cada uno de las siguientes cosas para calentar o enfriar su apartamento?

[En los últimos 6 meses, ¿diría que lo usó . . .

HEATING, AIR AND VENTILATION	<u>Todos</u> <u>los días.</u>	<u>Todas</u> <u>las</u> <u>sema-</u> <u>nas.</u>	<u>Todos</u> <u>los</u> <u>meses.</u>	<u>Nunca.</u>	<u>No lo</u> <u>tiene o</u>	<u>No</u> <u>funciona</u> <u>?] </u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Aire acondicionado y/o calefacción central?.....	1	2	3	4	5	6	-7	-8
b) ¿Calefactores de ambiente portátiles o de pared?.....	1	2	3	4	5	6	-7	-8
c) ¿Ventiladores portátiles y/o ventiladores de techo?.....	1	2	3	4	5	6	-7	-8
d) ¿Unidades de ventana y/o aires acondicionados portátiles?.....	1	2	3	4	5	6	-7	-8

A5INTRO. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de problemas en su apartamento en los últimos 6 meses.

A5. En los últimos 6 meses, ¿ha habido agua o humedad en su casa debido a tuberías rotas, goteras o escapes, lluvias fuertes u otras razones?

YES..... 1
NO..... 2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

A6. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido problema de cucarachas?

YES..... 1
NO..... 2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

} **GO TO A8**

A7. ¿Cuando fue la última vez que vio cucarachas dentro de su casa? Fue...

durante la semana pasada,.....	1
durante el mes pasado,.....	2
hace 2 a 4 meses o.....	3
hace 4 o 6 meses?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A8. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido problema de ratones o ratas?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A9. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido en su casa algún animal doméstico con pelo?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A10. En los últimos 7 días, ¿cuántos días se aspiró el apartamento?

NUMBER OF DAYS.....	_ _
NOT APPLICABLE (no vacuum).....	1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A11. En los últimos 7 días, cuántos días se barrió el piso?

NUMBER OF DAYS.....	_ _
NOT APPLICABLE (no broom).....	1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A12INTRO. Ahora voy a preguntarle acerca de fuentes de humo que se pueden encontrar en los apartamentos.

A12. ¿Qué tipo de estufa para cocinar tiene?

GAS.....	1
ELECTRIC.....	2
NO STOVE.....	3
OTHER.....	91
(SPECIFY)_____	
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A13. Le voy a leer una lista de distintos tipos de humo que usted podría tener en su apartamento, sin incluir el humo de tabaco. En los últimos 6 meses, por favor dígame si usted tuvo o no tuvo esta fuente de humo en su apartamento.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Gas propano o gas natural que se quema, por ejemplo en una estufa, un calentador o una secadora?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Humo de comida que se cocina?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Incienso o velas?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Carbón, madera o leña que se quema?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Alguna otra fuente de humo?..... (SPECIFY)_____	1	2	-7	-8

A14. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia durante una semana típica cocinó alguien en una estufa u horno en su apartamento? ¿Diría que ...

todos los días,.....	1
varias veces a la semana,.....	2
una vez a la semana o.....	3
menos de una vez a la semana?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A15INTRO. Ahora voy a preguntarle acerca de olores que lleguen a su apartamento desde afuera, en los últimos 6 meses.

A15. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha sentido en su apartamento el olor de los gases de un tubo de escape de un automóvil, bus, camión, motocicleta o caravana? ¿Diría que ...

frecuentemente,.....	1
algunas veces,.....	2
casi nunca o.....	3
nunca?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

A16. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha sentido en su apartamento el olor de aceite cocinado que viene de parrillas, asadores u otras fuentes de afuera? ¿Diría que...

frecuentemente,.....	1
algunas veces,.....	2
casi nunca o.....	3
nunca?.....	4
REFUSED.....	-7

DON'T KNOW..... -8

SECTION B: SECONDHAND SMOKE EXPOSURE

B1INTRO. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de su contacto con el humo de tabaco de fumadores. Esto puede ser dentro de su apartamento o en otro lugar en su bloque de apartamentos.

B1. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha entrado el humo de tabaco hasta su apartamento desde otros apartamentos o desde afuera? ¿Diría que ...

- | | | |
|------------------------------|----|-------------------------|
| la mayoría de los días,..... | 1 | |
| algunos días,..... | 2 | |
| casi nunca o..... | 3 | |
| nunca?..... | 4 | } GO TO B10INTRO |
| REFUSED..... | -7 | |
| DON'T KNOW..... | -8 | |

B2. En los últimos 7 días, ¿cuántos días estuvo expuesto(a) al humo de cigarrillo que entró a su apartamento?

NUMBER OF DAYS.....|_|_| (Range = 0-7)

- | | |
|-----------------|----|
| REFUSED..... | -7 |
| DON'T KNOW..... | -8 |

INTERVIEWER NOTE:

IF B2 = 0, GO TO B12.

B3. En los últimos 7 días, dígame, ¿en promedio cada día, aproximadamente cuánto tiempo estuvo expuesto(a) al humo de cigarrillo que entró a su apartamento? ¿Diría que ...

- | | |
|--|----|
| menos de 10 minutos,..... | 1 |
| mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos,..... | 2 |
| mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora,..... | 3 |
| de 1 a 3 horas o..... | 4 |
| más de 3 horas?..... | 5 |
| REFUSED..... | -7 |
| DON'T KNOW..... | -8 |

B4. Por favor dígame, ¿cómo cree usted que el humo de tabaco entró a su apartamento en los últimos 7 días? PROVIDE SHOW CARD.

[¿Entró a su apartamento ...]	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) por los corredores y pasillos?.....	1	2	-7	-8
b) por grietas en las paredes, el piso, los tomacorrientes, etc.?	1	2	-7	-8
c) por un sistema de calefacción o ventilación?.....	1	2	-7	-8
d) por el patio, balcón o jardín del apartamento?.....	1	2	-7	-8
e) por ventanas abiertas (aparte de las de los patios, balcones o jardines) desde áreas exteriores de uso común (por ejemplo, estacionamiento, piscina o alberca, patio compartido)?.....	1	2	-7	-8
f) por otra parte?..... (SPECIFY)_____	1	2	-7	-8

B5. En los últimos 7 días, por favor dígame, ¿de dónde vino del humo de tabaco que entró a su apartamento? ¿Fue ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) un apartamento al lado del suyo?.....	1	2	-7	-8
b) un apartamento encima del suyo?.....	1	2	-7	-8
c) un apartamento debajo del suyo?.....	1	2	-7	-8
d) áreas interiores cercanas de uso común (por ejemplo, pasillos, cuartos de lavandería, vestíbulo)?...	1	2	-7	-8
e) áreas exteriores cercanas de uso común (por ejemplo, escaleras, la piscina o alberca, el estacionamiento)?.....	1	2	-7	-8
f) otras fuentes?..... (SPECIFY)_____	1	2	-7	-8

B6. En los últimos 7 días, ¿a qué hora del día normalmente sintió el olor de tabaco en su apartamento? ¿Diría que ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) en la mañana?..... [INTERVIEWER TO CONFIRM WITH RESPONDENT: "Por mañana, nos referimos a desde las 5:00 hasta las 11:59 de la mañana."]	1	2	-7	-8
b) en la tarde?..... [INTERVIEWER TO CONFIRM WITH RESPONDENT: "Por tarde, nos referimos a desde las 12:00 hasta las 4:59 de la tarde."]	1	2	-7	-8
c) en la noche?..... [INTERVIEWER TO CONFIRM WITH RESPONDENT: "Por noche, nos referimos a desde las 5:00 hasta las 9:59 de la noche."]	1	2	-7	-8
d) en las altas horas de la noche?..... [INTERVIEWER TO CONFIRM WITH RESPONDENT: "Por altas horas de la noche, nos referimos a desde las 10:00 de la noche hasta las 4:59 de la mañana"]	1	2	-7	-8

B7. En los últimos 7 días, ¿en cuáles habitaciones de su apartamento normalmente sintió el olor a humo de tabaco? ¿Diría que sintió el olor en ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>NA</u>
a) la sala?.....	1	2	-7	-8	-9
b) la cocina?.....	1	2	-7	-8	-9
c) el dormitorio de un adulto?.....	1	2	-7	-8	-9
d) el dormitorio de un niño?.....	1	2	-7	-8	-9
e) el baño?.....	1	2	-7	-8	-9
f) el pasillo?.....	1	2	-7	-8	-9
g) otras habitaciones?.....	1	2	-7	-8	-9
(SPECIFY).....					

B8. En los últimos 7 días, ¿qué tanto le fastidió el estar expuesto(a) dentro de su apartamento al humo de cigarrillo de otras personas? ¿Diría que...

mucho,.....	1	} GO TO B12
algo,.....	2	
muy poco o.....	3	
nada en absoluto?.....	4	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

B9. Le voy a preguntar acerca de algunas medidas que posiblemente usted haya tomado para evitar que el humo de tabaco entre a su apartamento. Por favor dígame si usted usó o no usó cada una de estas medidas en los últimos 7 días.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Mantuvo las ventanas o las puertas cerradas (incluyendo la puerta del patio y/o del balcón)?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Puso una toalla debajo de la puerta?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Selló las grietas en las paredes, el piso, los tomacorrientes, etc?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Encendió un ventilador, el aire acondicionado o un purificador de aire?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Tomó otras medidas?.....	1	2	-7	-8
(SPECIFY).....				

B10INTRO. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de los lugares donde ha sentido olor a humo en los últimos 7 días en las zonas compartidas de su bloque de apartamentos. Por zonas compartidas, me refiero a áreas que quedan fuera de su apartamento pero dentro de su edificio, o áreas afuera del edificio como los campos de juego, aceras o estacionamientos para las personas que viven en el bloque.

B10. En los últimos 7 días, por favor dígame si ha sentido olor a humo de tabaco en las siguientes áreas de su bloque de apartamentos

	YES	NO	NOT APPLICABLE – NO SHARED AREA	RE	DK
a) ¿Pasillos interiores compartidos?.....	1	2	3	-7	-8
b) ¿Escaleras interiores compartidas?.....	1	2	3	-7	-8
c) ¿Cuartos de lavandería compartidos?.....	1	2	3	-7	-8
d) ¿Zona del vestíbulo?.....	1	2	3	-7	-8
e) ¿Salón de recreación o para recepciones?.....	1	2	3	-7	-8

IF B10a-e = 2, GO TO B13.

B11. En los últimos 7 días, ¿cuántos días sintió olor a humo de tabaco en las zonas interiores compartidas -- por ejemplo, pasillos compartidos, cuartos de lavandería o el vestíbulo de su bloque de apartamentos?

NUMBER OF DAYS.....|___| (Range = 1-7)

NO DAYS.....	0	} GO TO B13
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

B12. En los últimos 7 días, en promedio cada día, ¿aproximadamente cuánto tiempo sintió olor a humo de tabaco en las zonas interiores compartidas -- por ejemplo, pasillos compartidos, cuartos de lavandería o el vestíbulo de su bloque de apartamentos? ¿Diría que ...

menos de 10 minutos,.....	1
mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos,.....	2
mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora,.....	3
de 1 a 3 horas o.....	4
más de 3 horas?.....	5
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

B13. En los últimos 7 días, ¿cuántos días sintió olor a humo de tabaco en las zonas exteriores compartidas -- por ejemplo, patios compartidos, la piscina o alberca, el estacionamiento de su bloque de apartamentos?

NUMBER OF DAYS.....|_| (Range = 1-7)

NO DAYS..... 0
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8 } **GO TO B15**

B14. En los últimos 7 días, en promedio cada día, ¿aproximadamente cuánto tiempo sintió olor a humo de tabaco en las zonas exteriores compartidas -- por ejemplo, patios compartidos, la piscina o alberca, el estacionamiento de su bloque de apartamentos? ¿Diría que ...

menos de 10 minutos..... 1
 mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2
 mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3
 de 1 a 3 horas o..... 4
 más de 3 horas?..... 5
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

B15INTRO. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de su contacto con humo de tabaco en lugares aparte de su bloque de apartamentos.

B15. En los últimos 7 días, ¿ha sentido o ha respirado humo en cada uno de los siguientes lugares?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>NA</u>
a) ¿Las casas de otras personas?.....	1	2	-7	-8	-9
b) ¿Vehículos?.....	1	2	-7	-8	-9
c) ¿Dentro de su lugar de trabajo?.....	1	2	-7	-8	-9
d) ¿En lugares interiores de entretenimiento (por ejemplo, un bar, una discoteca, un centro deportivo o un lugar para conciertos)?.....	1	2	-7	-8	-9
e) ¿En zonas de espera al aire libre que <u>no</u> son parte de su bloque de apartamentos (por ejemplo, paradas del bus, cajeros automáticos o filas)?	1	2	-7	-8	-9
f) ¿En áreas recreativas al aire libre ubicadas <u>fuera</u> de su bloque de apartamentos (por ejemplo, parques, campos de golf, campos deportivos)?	1	2	-7	-8	-9

B16INTRO. Ahora le voy a preguntar acerca de su experiencia en los últimos 6 meses con el humo de tabaco.

B16. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces se ha quejado al fumador o a los fumadores acerca del humo de tabaco que entra a su apartamento?

NUMBER OF COMPLAINTS.....|_|_|_| (If no complaints, enter "0")

REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

B17. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces se ha quejado a la administración de su edificio acerca del humo de tabaco que entra en su apartamento?

NUMBER OF COMPLAINTS.....|_|_|_| (If no complaints, enter "0")

REFUSED..... -7

DON'T KNOW..... -8

SECTION C: KNOWLEDGE, ATTITUDES, & BELIEFS ABOUT SECONDHAND SMOKE, HOUSING POLICY IMPLEMENTATION & ENFORCEMENT ISSUES

C1INTRO. Estas preguntas son acerca de lo que usted sabe acerca de las reglas actuales de su bloque de apartamentos sobre dónde las personas pueden o no pueden fumar, y acerca de su opinión sobre esas reglas. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Por favor conteste lo mejor que pueda.

C1. ¿Ha prohibido la administración del edificio fumar en todo el bloque de apartamentos, incluyendo todas las áreas interiores y exteriores?

YES.....	1	} GO TO C2
NO.....	2	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

C1a. ¿Se estableció la regla acerca de fumar en todo el bloque en los últimos 6 meses?

YES.....	1	} GO TO C3
NO.....	2	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

C2. Por favor dígame en cuáles de las siguientes áreas de su bloque de apartamentos cree usted que la administración permite fumar. ¿Se permite en ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>NA</u>
a) áreas exteriores compartidas (por ejemplo, patios, piscinas o albercas o el estacionamiento)?.....	1	2	-7	-8	-9
b) áreas interiores compartidas (por ejemplo, el pasillo, las escaleras)?	1	2	-7	-8	-9
c) dentro de los apartamentos.....	1	2	-7	-8	-9
d) en patios, balcones o jardines pegados a los apartamentos)?	1	2	-7	-8	-9
e) en otras áreas?.....	1	2	-7	-8	-9
(SPECIFY)_____					

INTERVIEWER NOTE:

IF ALL OF C2a – e = NO, GO TO C5.

C3. ¿La administración ofreció información acerca de dejar de fumar o referencias para los inquilinos que fuman?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C4. Puede haber distintas razones por las que la administración decidió prohibir fumar.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Se les dio a los inquilinos alguna razón o razones específicas?.....	1	2	-7	-8
IF C4a = 2, GO TO C5				

Por favor díganos si ha escuchado o no alguna de las siguientes razones.

b) ¿Los inquilinos solicitaron esto?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Reduciría los costos cuando los apartamentos se deben preparar para el siguiente inquilino?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Mejoraría la seguridad al disminuir el riesgo de incendios?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Estudios demostraron que mejoraría la salud de los inquilinos?.....	1	2	-7	-8
f) ¿Fue parte de una decisión para hacer más ecológico al bloque de apartamentos?.....	1	2	-7	-8
g) ¿Es una nueva ley en la ciudad o el estado?.....	1	2	-7	-8
h) ¿Otros propietarios o administradores de apartamentos están haciendo esto de manera voluntaria en su ciudad?.....	1	2	-7	-8
i) ¿Es algo que la compañía de administración está implementando en todas sus propiedades, no únicamente en esta?.....	1	2	-7	-8
j) ¿Alguna otra razón?..... (SPECIFY)_____	1	2	-7	-8

C5. ¿Cree usted que fumar debería o no debería estar prohibido en cada una de las siguientes áreas de su bloque de apartamentos?

	<u>SHOULD BE PROHIBITED</u>	<u>SHOULD NOT BE PROHIBITED</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) Dentro de todos los apartamentos (sin incluir balcones, patios y jardines privados)?.....	1	2	-7	-8
b) En todos los balcones, patios y jardines privados?.....	1	2	-7	-8
c) En todas las áreas exteriores comunes y compartidas (por ejemplo, prados, piscinas o albercas, estacionamientos)?.....	1	2	-7	-8
d) En todas las áreas interiores comunes y compartidas (por ejemplo, cuartos de lavandería o el vestíbulo)?.....	1	2	-7	-8

C6. Por favor, dígame qué tan importante es para usted personalmente cada uno de los siguientes argumentos para tener una regla de no fumar en su bloque de apartamentos. [Diría que ...

	<u>Muy importante</u>	<u>Algo importante</u>	<u>Poco importante</u>	<u>Muy poco importante</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>NA</u>
a) los inquilinos lo solicitaron?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
b) reduciría los costos cuando los apartamentos se deben preparar para el siguiente inquilino	1	2	3	4	-7	-8	-9
c) mejoraría la seguridad al disminuir el riesgo de incendios?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
d) estudios demostraron que mejoraría la salud de los inquilinos?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
e) fue parte de una decisión para hacer más ecológico al bloque de apartamentos?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
f) es una nueva ley en la ciudad o el estado?	1	2	3	4	-7	-8	-9
g) otros propietarios o administradores de apartamentos están haciendo esto de manera voluntaria en su ciudad?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
h) es algo que la compañía de administración está implementando en todas sus propiedades, no únicamente en esta?.....	1	2	3	4	-7	-8	-9
i) ¿Alguna otra razón?..... (SPECIFY)_____	1	2	3	4	-7	-8	-9

C7. Por favor dígame si usted cree que cada una de las siguientes cosas podría ayudar a los residentes a obedecer las reglas de no fumar en sus bloques de apartamentos.

	<u>HELP</u>	<u>NOT HELP</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>N/A</u>
a) ¿Educar a los residentes acerca de los peligros de fumar (por ejemplo, puede causar enfermedades o incendios)?.....	1	2	-7	-8	-9
b) ¿Multas o desalojamientos si los residentes no cumplen con las reglas?.....	1	2	-7	-8	-9
c) ¿Respuestas prontas por parte de la administración a las quejas?.....	1	2	-7	-8	-9
d) ¿Educar y/o notificar a los residentes acerca de la regla de no fumar?.....	1	2	-7	-8	-9
e) ¿Darles a los residentes información acerca de dejar de fumar o referencias a programas?.....	1	2	-7	-8	-9

f) ¿Otra cosa?..... 1 2 -7 -8 -9
(SPECIFY)_____

INTERVIEWER NOTE:

IF ALL OF C2a – e = YES, GO TO C13. OTHERWISE, CONTINUE.

C8. Por favor dígame si usted cree que cada una de las siguientes cosas evita que los inquilinos cumplan con las reglas de no fumar en su bloque de apartamentos. ¿Diría usted que ellos no obedecen las reglas porque ...

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>	<u>N/A</u>
a) las reglas de no fumar no son convenientes para los residentes que fuman?.....	1	2	-7	-8	-9
b) las consecuencias por ignorar las reglas son débiles o inexistentes?.....	1	2	-7	-8	-9
c) no hay respuesta por parte de la administración a las quejas de los residentes?.....	1	2	-7	-8	-9
d) hay muy poca educación y/o información sobre la regla de no fumar?.....	1	2	-7	-8	-9
e) a los residentes no se les da información sobre dejar de fumar ni son referidos a programas?.....	1	2	-7	-8	-9
f) ¿Otras razones?..... (SPECIFY).....	1	2	-7	-8	-9

C9. Por favor dígame si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones.

<u>STATEMENT</u>	<u>AGREE</u>	<u>DISAGREE</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) Yo participé en las iniciativas para crear la regla de no fumar en este bloque de apartamentos.....	1	2	-7	-8
IF C9a = 2, GO TO C9c				
b) Sentí que la administración escuchó mi opinión acerca de la regla de no fumar en este bloque de apartamentos.....	1	2	-7	-8
c) Mis vecinos participaron en las iniciativas para crear la regla de no fumar en este bloque de apartamentos.....	1	2	-7	-8

INTERVIEWER NOTE:

IF C9a OR C9c = AGREE, CONTINUE WITH C10. OTHERWISE, GO TO C11.

C10. Voy a leerle una lista de maneras en que los inquilinos pudieron participar en la creación de la regla actual de no fumar. Por favor dígame si cada una de estas cosas ocurrió en este bloque de apartamentos.

<u>METHOD OF TENANT INVOLVEMENT</u>	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Reunión con el consejo de inquilinos?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Anuncios en el boletín para inquilinos?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Carta a los inquilinos?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Encuesta a los inquilinos?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Reunión con los inquilinos?.....	1	2	-7	-8
f) ¿La regla se escribió junto con los inquilinos o con el consejo de inquilinos?.....	1	2	-7	-8
g) ¿Alguna otra manera?.....	1	2	-7	-8
(SPECIFY)_____				

C11. ¿Desea participar en decisiones futuras acerca de la regla de no fumar en este bloque de apartamentos?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C12INTRO. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de mudarse a otro apartamento debido a los problemas con el consumo de tabaco.

C12. ¿Alguna vez ha decidido mudarse de su apartamento porque le dijeron que usted o sus huéspedes no podían fumar dentro de su apartamento?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C13. ¿Alguna vez ha decidido mudarse de su apartamento porque el consumo de tabaco de sus vecinos lo(a) expuso a humo de tabaco en su casa?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

INTERVIEWER NOTE:

IF SMOKING IN THE COMPLEX IS COMPLETELY BANNED (C1 = 1), GO TO C19.

C14. ¿Qué tan probable es que usted se mude de su apartamento actual si existiera una regla de no fumar en su edificio que le permitiera a los inquilinos actuales continuar fumando en sus apartamentos? ¿Diría que ...

no corresponde pues ya se prohíbe fumar en los apartamentos,	1
muy probable,.....	2
algo probable o.....	3
muy poco probable?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C15. ¿Qué tan probable es que usted se mude de su apartamento actual si existiera una regla de no fumar en su edificio que le permitiera a los inquilinos actuales continuar fumando en áreas interiores compartidas -- por ejemplo, pasillos compartidos, el vestíbulo o cuartos de lavandería? ¿Diría que ...

no corresponde pues ya se prohíbe fumar en áreas interiores compartidas.....	1
muy probable,.....	2
algo probable o.....	3
muy poco probable?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C16. ¿Qué tan probable es que usted se mude de su apartamento actual si existiera una regla de no fumar en su edificio que le permitiera a los inquilinos actuales continuar fumando en áreas exteriores compartidas -- por ejemplo, patios compartidos, la piscina o alberca o el estacionamiento? ¿Diría que ...

no corresponde pues ya se prohíbe fumar en áreas exteriores compartidas.....	1
muy probable,.....	2
algo probable o.....	3
muy poco probable?.....	4
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C17. ¿Cuánto más de renta al mes, estaría dispuesto(a) a pagar para que le garantizaran que en este bloque de apartamentos no se fuma? ¿Diría que ...

No corresponde – esta es vivienda subsidiada.....	1
no estaría dispuesto(a) a pagar más de renta,.....	2
menos de \$100,.....	3
de \$100 a \$299,.....	4
de \$300 a \$499 o.....	5
\$500 o más?.....	6
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

C18. Si le dieran la oportunidad, ¿preferiría vivir en un bloque donde ...

- no se permita fumar en ninguna parte -- es decir, en áreas comunes, en los apartamentos, incluyendo balcones, patios y/o jardines,..... 1
- se permita fumar únicamente en partes designadas del bloque de apartamentos o..... 2
- se permita fumar en todas partes en el bloque de apartamentos?..... 3
- OTHER..... 91
- (SPECIFY).....
- REFUSED..... -7
- DON'T KNOW..... -8

C19. ¿Cuáles cree usted que son los principales obstáculos para que el gobierno local adopte e implemente reglas o leyes en contra de fumar en lugares de varias viviendas en esta ciudad?

C20. ¿Cuáles cree usted que son los obstáculos que menos se podrían superar?

C21. ¿Cuáles cree usted que son los principales obstáculos para que los bloques de varias viviendas en esta ciudad adopten una regla voluntaria de no fumar?

C22. ¿Cuáles cree usted que son los obstáculos que menos se podrían superar?

ONLY ASK QUESTION C23 AT FOLLOW-UP FOR INTERVENTION CITIES

C23. ¿Sabía usted que [NAME OF CITY] ha adoptado una regla que prohíbe fumar en bloques de apartamentos?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

SECTION D: SMOKING STATUS AND CESSATION BEHAVIORS AMONG RESIDENTS

D1INTRO. En esta parte de la entrevista, le voy a hacer algunas preguntas acerca de su consumo de tabaco en el pasado y en este momento.

D1. ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos durante toda su vida?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

D2. Actualmente, ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca?

EVERY DAY.....	1	}	GO TO D4
SOME DAYS.....	2	}	
NOT AT ALL.....	3	}	
REFUSED.....	-7	}	GO TO D13
DON'T KNOW.....	-8	}	

D3. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días fumó cigarrillos?

SPECIFY NUMBER OF DAYS..... _ _	(Range = 0-30)
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

D4. Durante los últimos 30 días, en los días en que usted fumó, ¿aproximadamente cuántos cigarrillos al día fumó usted?

INTERVIEWER NOTE:

1 PACK = 20 CIGARETTES

SPECIFY NUMBER OF CIGARETTES..... _ _	(Range = 0-100)
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

D5. ¿Cuánto dinero gasta usted en una semana típica en cigarrillos? Por favor deme una respuesta aproximada redondeada.

DOLLAR AMOUNT.....\$ | | | | |

DON'T BUY/GET FROM OTHERS..... 1
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

D6. En un día típico en que fume, ¿qué tan pronto fuma después de despertarse? ¿Diría que...

en 5 minutos,..... 1
de 6 a 30 minutos,..... 2
de más de 30 minutos a una hora o..... 3
más de una hora?..... 4
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

D7. ¿Está pensando seriamente en dejar de fumar cigarrillos?

YES..... 1
NO..... 2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

} **GO TO D9**

D8. ¿Qué tan luego está pensando seriamente en dejar de fumar cigarrillos? ¿Diría que...

dentro de los próximos 30 días,..... 1
en más de 30 días pero dentro de los próximos 6 meses, 2
en más de 6 meses pero en los próximos
12 meses o..... 3
no tiene un periodo de tiempo específico?..... 4
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

D9. En los últimos 6 meses, ¿dejó de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

YES..... 1
NO..... 2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

} **GO TO D13**

D10. ¿Hace cuánto tiempo desde que fumó un cigarrillo por última vez, incluso si solo fue una o dos chupadas?

El mes pasado (hace menos de 1 mes).....	1
En los últimos 3 meses (hace entre 1 y 3 meses) o...	2
En los últimos 6 meses (hace entre 3 y 6 meses)?....	3
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

D11. Ahora le voy a leer una lista de productos que la gente ha usado para que les ayude a dejar de fumar. Por favor dígame si usted lo usó la última vez que trató de dejar de fumar.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Un inhalador de nicotina?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Pastillas de chupar con nicotina?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Aerosol o espray nasal con nicotina?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Un parche de nicotina?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Recetas con nicotina tales como Zyban, Wellbutrin o Chantix?.....	1	2	-7	-8
f) ¿Un chicle o goma de mascar con nicotina?.....	1	2	-7	-8

D12. ¿Cuánto dinero gastó en una semana típica en productos que le ayuden a dejar de fumar? Por favor deme una respuesta aproximada redondeada.

DOLLAR AMOUNT.....\$ | | | | |

DON'T BUY/GET FROM OTHERS..... -1
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

D13. Ahora, voy a leerle una lista de otros productos de tabaco. Por favor, dígame con qué frecuencia usa actualmente cada uno de estos productos.

	[Todos los <u>días</u>	Algunos <u>días</u>	Nunca <u>en</u> <u>abosluto?</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Puros y puritos?.....	1	2	3	-7	-8
b) ¿Pipas tradicionales?.....	1	2	3	-7	-8
c) ¿Hookahs, narguiles o pipas de agua?.....	1	2	3	-7	-8
d) ¿Cigarrillos electrónicos?.....	1	2	3	-7	-8
e) ¿Productos de tabaco que no son de fumar?.....	1	2	3	-7	-8

INTERVIEWER NOTE:

IF "NOT AT ALL" TO ALL OF D13a – e, GO TO SECTION E.

D14. ¿Está pensando seriamente en parar de usar productos de tabaco, aparte de cigarrillos?

YES..... 1
 NO..... 2
 REFUSED..... -7 } **GO TO D16**

D15. ¿Qué tan luego está pensando seriamente en parar de usar productos de tabaco, aparte de cigarrillos? ¿Diría que...

dentro de los próximos 30 días..... 1
 en más de 30 días pero dentro de los próximos 6 meses, 2
 en más de 6 meses pero en los próximos
 12 meses o..... 3
 no tiene un periodo de tiempo específico?..... 4
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

D16. En los últimos 6 meses, ¿ha dejado de usar productos de tabaco aparte de cigarrillos por un día o más porque estaba tratando de dejar de consumirlos?

YES..... 1
 NO..... 2
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

} **GO TO SECTION E**

D17. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que consumió un producto de tabaco aparte de cigarrillos?

El mes pasado (hace menos de 1 mes)..... 1
 En los últimos 3 meses (hace entre 1 y 3 meses) o... 2
 En los últimos 6 meses (hace entre 3 y 6 meses)?.... 3
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

D18. Ahora, le voy a leer una lista de productos que las personas han usado para que les ayude a dejar de usar tabaco. Por favor, dígame si usted usó cada uno de estos productos la última vez que trató dejar de usar productos de tabaco aparte de cigarrillos.

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Un inhalador de nicotina?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Pastillas de chupar con nicotina?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Aerosol o espray nasal con nicotina?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Un parche de nicotina?.....	1	2	-7	-8
e) ¿Recetas con nicotina tales como Zyban, Wellbutrin o Chantix?.....	1	2	-7	-8
f) ¿Un chicle o goma de mascar con nicotina?.....	1	2	-7	-8

D19. ¿Cuánto dinero gastó en una semana típica en productos que le ayuden a dejar de usar tabaco, aparte de cigarrillos? Por favor deme una respuesta aproximada redondeada.

DOLLAR AMOUNT.....\$ | | | | |

DON'T BUY/GET FROM OTHERS..... -1
 REFUSED..... -7

DON'T KNOW..... -8

SECTION E: SMOKING-RELATED ILLNESSES

E1INTRO. En el siguiente grupo de preguntas, le voy a preguntar acerca de su salud en general y después acerca de algunos problemas específicos de salud que usted haya tenido. Si hay alguna pregunta que usted no desea contestar, simplemente dígame y pasaremos a la siguiente pregunta.

E1. ¿Diría que en general su salud es...

excelente,.....	1
muy buena,.....	2
buena,.....	3
regular o.....	4
mala?.....	5
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E2. Piense ahora en su salud física, lo cual incluye enfermedades y lesiones físicas. ¿Durante cuántos días en los últimos 30 días su salud física no fue buena?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E3. Piense ahora en su salud mental, lo cual incluye el estrés, la depresión y problemas emocionales. ¿Durante cuántos días en los últimos 30 días no fue buena su salud mental?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E4. Durante los últimos 30 días, ¿aproximadamente durante cuántos días su mala salud física o mental le impidió hacer sus actividades diarias, tales como su cuidado personal, trabajo o recreación?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7

DON'T KNOW..... -8

E5. Aproximadamente ¿cuánto pesa usted sin zapatos? **ROUND FRACTIONS UP.**

WEIGHT.....|_|_|_| Range: 75-500 POUNDS
34-226 KILOGRAMS)

POUNDS..... ☐ OR

KILOGRAMS..... ☐

REFUSED..... -7

DON'T KNOW..... -8

E6. Aproximadamente, ¿cuánto mide usted sin zapatos? **ROUND FRACTIONS DOWN.**

HEIGHT.....|_|_|_|_| (Range: 3-7 FEET
0-11 INCHES)
FT IN

OR

|_|_|_|_| (Range: 1-3 METERS
0-27 CENTIMETERS)
M CM

REFUSED..... -7

DON'T KNOW..... -8

E7INTRO. Ahora le voy a preguntar acerca de síntomas de problemas respiratorios que usted posiblemente haya tenido en las últimas 4 semanas.

E7. ¿Alguna vez le ha diagnosticado asma un médico, una enfermera u otro profesional de la salud?

YES..... 1
NO..... 2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8 } **GO TO E15**

E8. ¿Qué edad tenía usted la primera vez que le dijo un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que usted tenía asma?

INTERVIEWER NOTE:

IF RESPONDENT DOESN'T KNOW AGE AT DIAGNOSIS, TRY TO DETERMINE IF AGE 10 OR YOUNGER OR 11 OR OLDER.

AGE IN YEARS|_|_|_| [96 = 96 and older]

IF UNABLE TO GIVE AGE IN YEARS, PROBE FOR APPROXIMATE AGE
AGE 10 OR YOUNGER..... -1
AGE 11 OR OLDER..... -2
REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

E9. Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido un ataque de asma o una crisis asmática?

YES.....	1	} GO TO E15
NO.....	2	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

E10. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha tenido que ir a la sala de urgencias debido al asma?

NUMBER OF VISITS.....|_|_| [87 = 87 or more]

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E11. **IF ONE OR MORE VISITS IN E10 STATE [“Aparte de las visitas a la sala de urgencias,”]** Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a consulta con un médico, enfermera u otro profesional de la salud para tratamiento urgente de síntomas de asma que empeoraban?

NUMBER OF VISITS.....|_|_| [87 = 87 or more]

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E12. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a consulta con un médico, enfermera o profesional de la salud para un examen de rutina para su asma?

NUMBER OF VISITS.....|_|_| [87 = 87 or more]

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E13. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántos días no pudo usted trabajar o hacer sus actividades diarias debido al asma?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|_|

NONE.....	-1
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E14INTRO. Ahora, hablaremos de su asma en los últimos 30 días.

E14. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó un inhalador recetado para el asma durante un ataque de asma para detenerlo?

INTERVIEWER NOTE:

HOW OFTEN (NUMBER OF TIMES) DOES NOT EQUAL NUMBER OF PUFFS. TWO TO THREE PUFFS ARE USUALLY TAKEN EACH TIME THE INHALER IS USED.

READ ONLY IF NECESSARY:

- Nunca (incluya ningún ataque en los últimos 30 días), 1
- De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días),..... 2
- De 5 a 14 veces (en los últimos 30 días),..... 3
- De 15 a 29 veces (en los últimos 30 días),..... 4
- De 30 a 59 veces (en los últimos 30 días),..... 5
- De 60 a 99 veces (en los últimos 30 días) o..... 6
- 100 o más veces (en los últimos 30 días)..... 7
- REFUSED..... -7
- DON'T KNOW..... -8

E15INTRO. Ahora le voy a hacer algunas preguntas acerca de otras enfermedades.

E15. ¿Alguna vez ha tenido un ataque al corazón -- es decir un infarto agudo de miocardio?

- YES..... 1

NO..... 2

REFUSED..... -7

DON'T KNOW..... -8

}

GO TO E18

E16. ¿Alguna vez lo(a) han hospitalizado(a) debido a un ataque al corazón?

- YES..... 1
- NO..... 2
- REFUSED..... -7
- DON'T KNOW..... -8

E17. ¿Cuántos días de trabajo ha perdido alguna vez debido a un ataque o ataques al corazón?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|_| (Range = 1-999)

NONE.....	0
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E18. ¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral?

YES.....	1	} GO TO E21
NO.....	2	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

E19. ¿Alguna vez lo(a) han hospitalizado(a) debido a un derrame cerebral?

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E20. ¿Cuántos días de trabajo ha perdido alguna vez debido a un derrame cerebral o derrames cerebrales?

NUMBER OF DAYS.....|_|_|_| (1-999)

NONE.....	0
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

E21. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, una enfermera u otro profesional de la salud que usted tenía alguna de las siguientes enfermedades?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Enfermedad pulmonar obstructiva crónica?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Sinusitis crónica?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Alergias (por ejemplo, al polen, estacionales o a algún animal)?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Enfisema?.....	1	2	-7	-8

E22. ¿Actualmente toma algún medicamento para algún problema respiratorio, derrame cerebral o problema del corazón? Por favor incluya medicamentos que solo se venden con receta médica y medicamentos y suplementos de venta sin receta médica.

YES.....	1
NO.....	2
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

SECTION F: RESPONDENT CHARACTERISTICS

F1. ¿De qué sexo es usted?

MALE..... 1
 FEMALE..... 2
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

F2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

|_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
 MM DD YYYY

REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

F3. ¿Es usted de origen latino o hispano?

YES..... 1
 NO..... 2
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

F4. ¿Con qué raza o razas se identifica usted?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
a) ¿Blanca?.....	1	2	-7	-8
b) ¿Negra o africana americana?.....	1	2	-7	-8
c) ¿Asiática?.....	1	2	-7	-8
d) ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico?.....	1	2	-7	-8
e) ¿India americana o nativa de Alaska?.....	1	2	-7	-8
f) ¿Otra raza?.....	1	2	-7	-8
(SPECIFY)_____				

F5. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios o título que recibió?

8o grado o menos,..... 1
 Grados 9 a 12,..... 2

Diploma de secundaria o high school o GED,.....	3	
Algo de universidad, escuela vocacional o título de carrera intermedia,		4
Título universitario o.....	5	
Título de posgrado (maestría, doctorado, etc.)?.....	6	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

F6. ¿Cuánto paga en total mensualmente por esta vivienda? Puede dar una respuesta aproximada en cifras cerradas.

MONTHLY RENT
PAYMENT.....\$ | | | | | (Range = 0-5.000)

REFUSED..... -7
DON'T KNOW..... -8

F6a. ¿Esto incluye o no incluye servicios?

INCLUDES UTILITIES.....	1	} GO TO F7
EXCLUDES UTILITIES.....	2	
REFUSED.....	-7	
DON'T KNOW.....	-8	

F6b. ¿Qué servicios se incluyen en su alquiler?

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
¿Agua?.....	1	2	-7	-8
¿Gas?.....	1	2	-7	-8
¿Electricidad?.....	1	2	-7	-8
¿Otra cosa?.....	1	2	-7	-8
(SPECIFY)_____				

F7. Ahora, le voy a preguntar acerca de los **ingresos anuales totales** de su hogar, incluyendo ingresos de todas las fuentes tales como sueldos, salarios, Seguro Social, beneficios de jubilación, ayuda de familiares, etc. ¿Son... PROVIDE SHOW CARD.

Menos de \$10,000,.....	1
\$10,001 - \$20,000,.....	2
\$20,001 - \$30,000,.....	3
\$30,001 - \$40,000,.....	4
\$40,001 - \$50,000,.....	5
\$50,001 - \$75,000,.....	6
\$75,001 - \$100,000,.....	7
100,001 - \$150,000 o.....	8
Más de 150,000?.....	9
REFUSED.....	-7
DON'T KNOW.....	-8

F8. ¿Actualmente usted...?

INTERVIEWER NOTE:

IF NECESSARY, INSTRUCT RESPONDENT TO PICK THE ONE CATEGORY THAT BEST DESCRIBES THEIR SITUATION AT THIS TIME.

es empleado(a) y gana salario,..... 1
 es empleado por su propia cuenta,..... 2
 ha estado sin trabajo por más de 1 año,..... 3
 ha estado sin trabajo por menos de 1 año,..... 4
 se dedica a cuidar del hogar,..... 5
 es estudiante,..... 6
 es jubilado(a) o pensionado(a) o..... 7
 no puede trabajar?..... 8
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

F9. ¿Tiene usted actualmente algún tipo de cobertura de seguro médico?

YES..... 1
 NO..... 2 } **GO TO G1**
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

F10. ¿Qué tipo de cobertura de seguro médico tiene usted actualmente? ¿Tiene usted

	<u>YES</u>	<u>NO</u>	<u>RE</u>	<u>DK</u>
seguro privado,.....	1	2	-7	-8
Medicare	1	2	-7	-8
Medi-Cal,.....	1	2	-7	-8
seguro de las fuerzas armadas/VA,.....	1	2	-7	-8
seguro de salud indígena u.....				
otro tipo de seguro de salud?.....	1	2	-7	-8
(SPECIFY)_____				

SECTION G: CHILDREN'S MODULE

G1. ¿Es usted el padre, la madre, o la persona a cargo del cuidado de los niños que viven en este hogar durante por lo menos 20 horas a la semana?

YES..... 1 → **GO TO G3**
 NO..... 2
 REFUSED..... -7
 DON'T KNOW..... -8

G2. ¿Está el padre, la madre o la persona a cargo del cuidado de estos niños disponible para hablar conmigo ahora?

YES..... 1 → **REVIEW CONSENT AND
THEN GO TO G3**
 NO..... 2 } **END INTERVIEW AND**
 REFUSED..... -7 } **PROCEED TO VISUAL**
 DON'T KNOW..... -8 } **ASSESSMENT OF UNIT**

INTERVIEWER NOTE:

HAVE CHILDREN'S PARENT, GUARDIAN, FOSTER PARENT, OR CAREGIVER READ AND COMPLETE 2 COPIES OF CONSENT FORM. SIGN BOTH COPIES, GIVE ONE COPY TO PARENT.

G3. Comenzando con el mayor, por favor, dígame los nombres y fechas de nacimiento de todos los niños menores de 18 años, que viven aquí durante por lo menos 20 horas a la semana, y de quienes usted es el padre o la madre o la persona a cargo de su cuidado.

INTERVIEWER NOTE:

IF MORE THAN 5 CHILDREN, RECORD INFORMATION ONLY FOR THE 5 OLDEST CHILDREN.

DESIGNATION	FIRST NAME	LAST NAME	DATE OF BIRTH MM/DD/YYYY
CHILD 1			□□/□□/□□□□
CHILD 2			□□/□□/□□□□
CHILD 3			□□/□□/□□□□
CHILD 4			□□/□□/□□□□

CHILD 5			□□/□□/□□□□
---------	--	--	------------

G4INTRO. Ahora, le voy a hacer algunas preguntas acerca de la salud de [su niño/sus niños]. [Comenzaré por hacer la pregunta acerca del primer niño que usted mencionó. Después, repetiré la misma pregunta para cada uno de los otros niños que mencionó.]

NOTE TO INTERVIEWER:

FOR THE NEXT SERIES OF QUESTIONS, ASK ABOUT CHILDREN IN THE ORDER LISTED ABOVE. RECORD CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME NEXT TO THE DESIGNATION NUMBER IN THE ROWS BELOW. DO NOT CHANGE THE ORDER IN WHICH EACH CHILD IS RECORDED]

G4. ¿Diría que en general la salud de [CHILD #1-5] es...

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	GENERAL HEALTH					RE	DK
		Excelente	Muy buena	Buena	Regu-lar o	Mala		
CHILD 1		1	2	3	4	5	-7	-8
CHILD 2		1	2	3	4	5	-7	-8
CHILD 3		1	2	3	4	5	-7	-8
CHILD 4		1	2	3	4	5	-7	-8
CHILD 5		1	2	3	4	5	-7	-8

G5. Ahora piense en la salud física de [CHILD #1-5] , la cual incluye enfermedades y lesiones físicas. ¿Cuántos días durante los últimos 30 días no fue buena la salud física de él/ella?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	NUMBER OF DAYS CHILD WAS NOT IN GOOD HEALTH IN LAST 30 DAYS (RECORD DAYS)	NONE	RE	DK
CHILD 1		_	0	-7	-8
CHILD 2		_	0	-7	-8
CHILD 3		_	0	-7	-8
CHILD 4		_	0	-7	-8
CHILD 5		_	0	-7	-8

G6. ¿Ha diagnosticado a [CHILD #1-5] con asma alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de la salud?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	EVER DIAGNOSED WITH ASTHMA
CHILD 1		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G16
CHILD 2		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G16
CHILD 3		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G16
CHILD 4		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G16
CHILD 5		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G16

INTERVIEWER NOTE:

RECORD NAME/INITIAL BUT LEAVE ROW BLANK FOR ANY CHILD THAT DOES NOT HAVE DIAGNOSIS OF ASTHMA.

G7. ¿Qué edad tenía [CHILD #1-5] la primera vez que un médico, enfermera o profesional de la salud le dijo que tenía asma?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	AGE AT FIRST DIAGNOSIS (RECORD AGE IN YEARS)	RE	DK
CHILD 1			-7	-8
CHILD 2			-7	-8
CHILD 3			-7	-8
CHILD 4			-7	-8

CHILD 5			-7	-8
---------	--	-----------------------------------	----	----

INTERVIEWER NOTE:

RECORD NAME/INITIAL BUT LEAVE ROW BLANK FOR ANY CHILD THAT DOES NOT HAVE DIAGNOSIS OF ASTHMA.

G8. Durante los últimos 6 meses, ¿ha tenido [CHILD #1-5] un ataque de asma o una crisis asmática?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	CHILD HAD ASTHMA ATTACK IN PAST 6 MONTHS			
		YES	(IF "NO," "RE," OR "DK," GO TO G16)		
			NO	RE	DK
CHILD 1		1	2	-7	-8
CHILD 2		1	2	-7	-8
CHILD 3		1	2	-7	-8
CHILD 4		1	2	-7	-8
CHILD 5		1	2	-7	-8

G9INTRO.

G9. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo [CHILD #1-5] que ir a la sala de urgencias debido al asma?

G10. ["Aparte de las visitas a la sala de urgencias,"] Durante los últimos 6 meses, cuántas veces fue a consulta [CHILD #1-5] con un médico, enfermera u otro profesional de la salud para tratamiento urgente de síntomas de asma que empeoraban?

G11. Durante los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a consulta [CHILD #1-5] con un médico, enfermera u otro profesional de la salud para un examen de rutina para el asma?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G9. NUMBER OF ER OR URGENT CARE VISITS FOR ASTHMA IN PAST 6 MONTHS	G10. NUMBER OF URGENT TREATMENT OF ASTHMA IN PAST 6 MONTHS	G11. NUMBER OF ROUTINE CHECKUPS FOR ASTHMA IN PAST 6 MONTHS
CHILD 1		(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 2		(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 3		(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 4		(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 5		(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(times) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

		NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
--	--	--	--	--

G12. En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia limitó el asma [CHILD #1-5's] las actividades físicas de él/ella?

G13. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días de cuidado infantil o escuela perdió [CHILD #1-5] debido al asma?

G14. De los días que [CHILD #1-5] faltó al cuidado infantil o a la escuela, ¿cuántos de esos días faltó usted al trabajo para poder cuidarlo(a)?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G12. HOW OFTEN CHILD'S ASTHMA LIMITS HIS/HER ACTIVITIES	G13. NUMBER OF DAYS IN PAST 6 MONTHS (RECORD NUMBER OF DAYS)	G14. NUMBER OF ADULT WORK DAYS MISSED FOR CHILD'S ASTHMA IN PAST 6 MONTHS (RECORD NUMBER OF DAYS)
CHILD 1		Siempre..... 1 La mayor parte del tiempo 2 Algunas veces..... 3 Casi nunca..... 4 Nunca..... 5 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW. -8 } G15	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 2		Siempre..... 1 La mayor parte del tiempo 2 Algunas veces..... 3 Casi nunca..... 4 Nunca..... 5 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW. -8 } G15	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 3		Siempre..... 1 La mayor parte del tiempo 2 Algunas veces..... 3 Casi nunca..... 4 Nunca..... 5 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW. -8 } G15	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 4		Siempre..... 1 La mayor parte del tiempo 2 Algunas veces..... 3 Casi nunca..... 4 Nunca..... 5	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 } GO REFUSED.....-7 } TO	_ _ _ _ (DAYS) NONE.....-1 REFUSED.....-7

		REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	DON'T KNOW. .-8 G15	DON'T KNOW.....-8
--	--	-------------------------------------	----------------------------	-------------------

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G12. HOW OFTEN CHILD'S ASTHMA LIMITS HIS/HER ACTIVITIES (CHECK ONE)	G13. NUMBER OF DAYS IN PAST 6 MONTHS (RECORD NUMBER OF DAYS)	G14. NUMBER OF ADULT WORK DAYS MISSED FOR ASTHMA'S ASTHMA IN PAST 6 MONTHS (RECORD NUMBER OF DAYS)
CHILD 5		Siempre..... 1 La mayor parte del tiempo2 Algunas veces..... 3 Casi nunca..... 4 Nunca..... 5 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	(DAYS) NONE.....-1 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW. .-8 } G15	(DAYS) NONE.....-1 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

INTERVIEWER NOTE:

RECORD NAME/INITIAL, BUT LEAVE ROW BLANK FOR ANY CHILD THAT DOES NOT HAVE DIAGNOSIS OF ASTHMA.

G15. Durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó [CHILD #1-5] un inhalador recetado para el asma durante un ataque de asma para detenerlo?

INTERVIEWER NOTE:

HOW OFTEN (NUMBER OF TIMES) DOES NOT EQUAL NUMBER OF PUFFS. TWO TO THREE PUFFS ARE USUALLY TAKEN EACH TIME THE INHALER IS USED.

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	NUMBER OF DAYS CHILD USED PRESCRIPTION INHALER DURING ASTHMA ATTACK TO STOP ATTACK IN PAST 30 DAYS
CHILD 1		Nunca..... 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)..... 2 de 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)..... 3 de 15 a 29 veces (en los últimos 30 días).... 4 de 30 a 59 veces (en los últimos 30 días).... 5 de 60 a 99 veces (en los últimos 30 días).... 6 100 o más veces (en los últimos 30 días).... 7 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 2		Nunca..... 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)..... 2 de 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)..... 3 de 15 a 29 veces (en los últimos 30 días).... 4 de 30 a 59 veces (en los últimos 30 días).... 5 de 60 a 99 veces (en los últimos 30 días).... 6 100 o más veces (en los últimos 30 días).... 7 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 3		Nunca..... 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)..... 2 de 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)..... 3 de 15 a 29 veces (en los últimos 30 días).... 4 de 30 a 59 veces (en los últimos 30 días).... 5 de 60 a 99 veces (en los últimos 30 días).... 6 100 o más veces (en los últimos 30 días).... 7 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 4		Nunca..... 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)..... 2 de 5 a 14 veces (en los últimos 30 días)..... 3

		de 15 a 29 veces (en los últimos 30 días).... 4 de 30 a 59 veces (en los últimos 30 días).... 5 de 60 a 99 veces (en los últimos 30 días).... 6 100 o más veces (en los últimos 30 días).... 7 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	NUMBER OF DAYS CHILD USED PRESCRIPTION INHALER DURING ASTHMA ATTACK TO STOP ATTACK IN PAST 30 DAYS (CHECK ONE)
CHILD5		Nunca..... 1 De 1 a 4 veces (en los últimos 30 días)..... 2 De 5 a 14 veces (en los últimos 30 días).... 3 De 15 a 29 veces (en los últimos 30 días)... 4 De 30 a 59 veces (en los últimos 30 días)... 5 De 60 a 99 veces (en los últimos 30 días)... 6 100 o más veces (en los últimos 30 días).... 7 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

INTERVIEWER NOTE:

ASK G16 OF ALL CHILDREN IN HOME.

G16. ¿Toma [CHILD #1-5] actualmente algún medicamento para problemas respiratorios, asma o alergias respiratorias? Por favor incluya medicamentos que solo se venden con receta médica y medicamentos y suplementos de venta sin receta médica.

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	CHILD TAKES MEDICINES FOR RESPIRATORY CONDITION, ASTHMA, OR RESPIRATORY ALLERGIES
CHILD 1		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 2		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 3		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 4		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 5		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

G17INTRO. Ahora, quisiera hacerle algunas preguntas acerca de las experiencias de [CHILD #1-5] con el humo de tabaco.

G17. Según lo que usted sabe, ¿fuma [CHILD #1-5] (if older than age 8) cigarrillos o consume otros productos de tabaco?

G18. Según lo que usted sabe, ¿fumó la madre de [CHILD #1-5] cigarrillos en algún momento cuando estaba embarazada con [CHILD #1-5]?

G19. En algún momento, durante el embarazo de la madre de [CHILD #1-5] , ¿dejó ella de fumar cigarrillos por un día o más porque estaba tratando dejar de fumar?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G17. CHILD OLDER THAN AGE 8 SMOKES OR USES TOBACCO PRODUCTS	G18. PARENT SMOKED WHEN PREGNANT	G19. PARENT STOPPED SMOKING FOR AT LEAST ONE DAY WHILE PREGNANT WITH CHILD
CHILD 1		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G20	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8
CHILD 2		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G20	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8
CHILD 3		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G20	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8
CHILD 4		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G20	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8
CHILD 5		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8 } GO TO G20	YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW...-8

G20INTRO. Ahora, le voy a hacer algunas preguntas acerca del contacto de **LOS NIÑOS** con el humo de otros fumadores.

G20. En los últimos 7 días, ¿durante cuántos días estuvo [CHILD #1-5] en contacto con humo de tabaco en su apartamento -- ya sea que el humo viniera dentro del apartamento, de otros apartamentos o desde afuera?

G21. En los últimos 7 días, en promedio cada día, ¿aproximadamente por cuánto tiempo estuvo [CHILD #1-5] en contacto con el humo de tabaco en su apartamento?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G20. CHILD EXPOSED TO TOBACCO SMOKE IN APARTMENT (RECORD DAYS)	G21. HOW LONG ON AVERAGE DAY WAS CHILD EXPOSED TO TOBACCO SMOKE IN APARTMENT
CHILD 1		_ _ _ (1-7 DAYS) NOT EXPOSED.... 0 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW.....-8 } G22	Menos de 10 minutos..... 1 Mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2 Mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3 De 1 a 3 horas..... 4 Más de 3 horas..... 5 No estuvo expuesto..... 6 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 2		_ _ _ (1-7 DAYS) NOT EXPOSED.... 0 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW.....-8 } G22	Menos de 10 minutos..... 1 Mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2 Mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3 De 1 a 3 horas..... 4 Más de 3 horas..... 5 No estuvo expuesto..... 6 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 3		_ _ _ (1-7 DAYS) NOT EXPOSED.... 0 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW.....-8 } G22	Menos de 10 minutos..... 1 Mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2 Mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3 De 1 a 3 horas..... 4 Más de 3 horas..... 5 No estuvo expuesto..... 6 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G20. CHILD EXPOSED TO TOBACCO SMOKE IN APARTMENT (RECORD DAYS)	G21. HOW LONG ON AVERAGE DAY WAS CHILD EXPOSED TO TOBACCO SMOKE IN APARTMENT
CHILD 4		_ _ (1-7 DAYS) NOT EXPOSED.... 0 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW.....-8 } G22	Menos de 10 minutos..... 1 Mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2 Mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3 De 1 a 3 horas..... 4 Más de 3 horas..... 5 No estuvo expuesto..... 6 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8
CHILD 5		_ _ (1-7 DAYS) NOT EXPOSED.... 0 } GO REFUSED.....-7 } TO DON'T KNOW.....-8 } G22	Menos de 10 minutos..... 1 Mínimo 10 minutos pero menos de 30 minutos..... 2 Mínimo 30 minutos pero menos de 1 hora..... 3 De 1 a 3 horas..... 4 Más de 3 horas..... 5 No estuvo expuesto..... 6 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8

G22. En los últimos 7 días, ¿ha tenido [CHILD #1-5] contacto con el humo de tabaco en las siguientes situaciones?

	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G22a. EN CASA DE OTRA PERSONA	G22b. EN UN VEHÍCULO	G22c. EN EL LUGAR DE CUIDADO INFANTIL O EN LA ESCUELA	G22d. EN UN LUGAR INTERIOR DE TRABAJO	G22e. EN UN LUGAR INTERIOR DE ENTRETENIMIENTO	G22f. EN UNA ÁREA DE ESPERA AL AIRE LIBRE	G22g. EN UNA ÁREA DE ENTRETENIMIENTO AL AIRE LIBRE
CHILD 1		Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8
CHILD 2		Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8
CHILD 3		Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8
CHILD 4		Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8
CHILD 5		Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8	Yes..... 1 No..... 2 Refused.....-7 Don't Know. -8

G23INTRO. Ahora, voy a hacer unas pocas preguntas más acerca de la etnicidad de [CHILD #1-5] .

G23. ¿Es [CHILD #1-5] de origen hispano o latino?

G24. ¿Con cuáles de las siguientes razas se identifica [CHILD #1-5]?

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G23. CHILD OF LATINO OR HISPANIC ORIGIN?	G24. CHILD'S RACIAL BACKGROUND (CHECK ALL THAT APPLY)
CHILD 1		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	¿Blanca?..... ☐ ¿Negra o africana americana?. ☐ ¿Asiática?..... ☐ ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico? ☐ ¿India americana o nativa de Alaska? ☐ ¿Otra raza?..... ☐ (SPECIFY)..... REFUSED..... ☐ DON'T KNOW..... ☐
CHILD 2		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	Blanca?..... ☐ ¿Negra o africana americana?. ☐ ¿Asiática?..... ☐ ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico? ☐ ¿India americana o nativa de Alaska? ☐ ¿Otra raza?..... ☐ (SPECIFY)..... REFUSED..... ☐ DON'T KNOW..... ☐
CHILD 3		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	Blanca?..... ☐ ¿Negra o africana americana?. ☐ ¿Asiática?..... ☐ ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico? ☐ ¿India americana o nativa de Alaska? ☐ ¿Otra raza?..... ☐ (SPECIFY)..... REFUSED..... ☐ DON'T KNOW..... ☐

DESIGNATION	CHILD'S INITIALS OR FIRST NAME	G23. CHILD OF LATINO OR HISPANIC ORIGIN?	G24. CHILD'S RACIAL BACKGROUND (CHECK ALL THAT APPLY)
CHILD 4		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	Blanca?..... ☐ ¿Negra o africana americana?. ☐ ¿Asiática?..... ☐ ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico? ☐ ¿India americana o nativa de Alaska? ☐ ¿Otra raza?..... ☐ (SPECIFY)..... REFUSED..... ☐ DON'T KNOW..... ☐
CHILD 5		YES..... 1 NO..... 2 REFUSED.....-7 DON'T KNOW.....-8	Blanca?..... ☐ ¿Negra o africana americana?. ☐ ¿Asiática?..... ☐ ¿Nativa de Hawai o de las islas del Pacífico? ☐ ¿India americana o nativa de Alaska? ☐ ¿Otra raza?..... ☐ (SPECIFY)..... REFUSED..... ☐ DON'T KNOW..... ☐

Ya terminamos. Muchas gracias por su tiempo. Ahora, si me permite, quisiera darle apenas una mirada breve a la sala y a la cocina.

**RESIDENT SURVEY VISUAL ASSESSMENT
PART A: UNIT ASSESSMENT
(TO BE COMPLETED AFTER RESIDENT INTERVIEW)**

Water/Mold

1. Water Stains/Water Damage (Excludes Visible Mold):

- ≥4 square feet water stains/water damage: Any one ceiling, floor, or wall has evidence of water stains/water damage, a leak (such as a darkened area) over a large area (4 square feet or more). Water may or may not be visible..... 1
- <4 square feet water stains/water damage: Any one ceiling, floor, or wall has evidence of water stains/water damage, a leak (such as a darkened area) over a small area (less than 4 square feet). Water may or may not be visible..... 2
- No water stains/water damage..... 3

2. Mold:

- ≥4 square feet visible mold present or musty odor detected: Any one ceiling, floor, or wall has visible mold over a large area (4 square feet or more) R-A musty odor is detected..... 1
- <4 square feet visible mold present: Any one ceiling, floor, or wall has visible mold over a small area (less than 4 square feet)..... 2
- No mold observed or musty odor detected..... 3 → **GO TO 4**

2a. Mold Source: CHECK ALL THAT APPLY

- Leaking roof..... ☐
- Leaking appliance..... ☐
- Leaking water pipe in wall or ceiling..... ☐
- Condensation..... ☐
- None..... ☐
- UNABLE TO OBSERVE..... ☐

3. Moldy or Musty Odor Present:

- Yes..... 1
- No..... 2 → **GO TO 4**

3a. Record location:

- Living Room..... ☐
- Kitchen..... ☐

4. Sources of Excessive Humidity:

- Yes: Sources of humidity (e.g., humidifier, dryer vented inside, uncovered fish tank) present..... 1
- No: Sources of humidity (e.g., humidifier, dryer vented inside, uncovered fish tank) not present..... 2 } **GO TO 5**
- UNABLE TO OBSERVE.....-7 }

4a. Record source and location:

- Living Room..... ☐
- Kitchen..... ☐

Heating/Cooling

5. Primary heating source for unit:

- Radiators..... 1
- Electric space heater..... 2
- Forced hot air (vents)..... 3
- Open oven..... 4
- Kerosene space heater..... 5
- Fireplace/wood-burning stove..... 6
- No heating source observed..... 7

6. Primary cooling source for unit:

- Central air..... 1
- Window air conditioning units..... 2
- Ceiling fans..... 3
- Table or floor-level oscillating fans..... 4
- Open windows only source of cooling..... 5
- No cooling source observed..... 6

7. HVAC General Rust/Corrosion:

Significant rust/corrosion:
Significant deterioration from
rust and corrosion on HVAC
units in the dwelling unit (includes
ducts, radiators, baseboard
heaters, etc.)..... 1
Surface rust/corrosion:
Deterioration from rust and
corrosion on HVAC units in
the dwelling unit (includes
ducts, radiators, baseboard
heaters, etc.)..... 2
No rust/corrosion in HVAC units
in the dwelling unit (includes
ducts, radiators, baseboard
heaters, etc.)..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

8. HVAC Operation:

Not working: HVAC system
does not function; it does not
provide the heating or cooling
it should..... 1
The system does not respond
when the controls are engaged... 2
Working..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

9. HVAC Filters

Need replacement..... 1
Clean..... 2
Not applicable..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

10. Space Heaters:

Space heaters used in unit are
not at least 3 feet from anything
that can burn..... 1
Space heaters used in unit are
at least 3 feet from anything
that can burn..... 2
Not applicable: No space heaters
used in unit..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

11. Fireplace Screen:

Fireplace does not have a
sturdy screen to catch
sparks..... 1
Fireplace has a sturdy
screen to catch sparks..... 2
Not applicable: No
fireplace in unit..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7 } **GO TO
13**

12. Fireplace Dampers:

Fireplace dampers not
operational..... 1
Fireplace dampers operational..... 2
Not applicable: No fireplace in
unit..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

13. Unvented Combustion Appliances:

Yes: Unvented combustion
appliances (e.g., fuel-fired space
heaters, gas clothes dryers, gas
logs, charcoal, stoves etc.)
present..... 1
No: Unvented combustion
appliances (e.g., fuel-fired
space heaters, gas clothes
dryers, gas logs, charcoal,
stoves etc.) not present..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

13a. If yes, record type and number:

Type: _____
Number: _____

Type: _____
Number: _____

Water Heater

14. Water Heater Exhaust:

Electrical hot water or heater
used instead of gas-fired or
oil-fired unit..... 1
No water heater inside unit..... 2
Misaligned: Any misalignment
that may cause improper or
dangerous venting of gases..... 3
Not misaligned..... 4
UNABLE TO OBSERVE.....-7

15. Leaks:

Water leak observed..... 1
No water leak observed..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

Laundry Area [observed only if connected to living room or kitchen]

16. Clothes Dryer:

Vent missing: Dryer vent to outside is missing.....	1
Vent damaged: Dryer exhaust is not effectively vented to the outside because of blockage or inadequate design or is vented into the interior....	2
Vent not missing or damaged: Exhaust vent is functioning properly.....	3
No dryer.....	4 → GO TO 19
UNABLE TO OBSERVE.....	-7

17. Exhaust Duct From Dryer:

Flexible plastic: Dryer exhaust duct is made of flexible plastic.....	1
Flexible metal: Dryer exhaust duct is made of flexible metal.....	2
Other: Wood or other combustible material.....	3
Rigid metal: Dryer exhaust duct is made of rigid metal.....	4
UNABLE TO OBSERVE.....	-7
Not applicable.....	-9

18. Dryer Venting:

Dryer vents to basement.....	1
Dryer vents to attic.....	2
Dryer vents to crawl space.....	3
Dryer vents to living space.....	4
Dryer vents to outside.....	5
Other.....	91
(SPECIFY).....	
Not applicable.....	-9
UNABLE TO OBSERVE.....	-7

Flooring/Doors/Windows

19. Living Room Flooring:

Permanent carpet on living room floor (does not include removable mats).....	1
Living room floor is a hard, cleanable surface.....	2

20. Entry Door Seals:

Entry door seals deteriorated/missing: The seals are missing on one or more entry door(s), or they are so damaged that they do not function as they should.....	1
No damage observed.....	2

21. Windows:

One or more windows missing.....	1
One or more windows cracked or broken.....	2
One or more windows cannot be opened.....	3
All windows intact and can be opened.....	4

22. Window Sills:

Missing or damaged: A sill is missing or damaged, but the inside of the surrounding wall is not exposed and is still weathertight.....	1
Not weathertight: A sill is missing or damaged enough to expose the inside of the surrounding wall and compromise its weather tightness.....	2
Not missing or damaged.....	3

23. Interior Window Caulking/Seals:

Missing/deteriorated (leaks present): There is missing or deteriorated caulk or seals and evidence of leaks or damage to the window or surrounding structure.....	1
Missing/deteriorated (no leaks): There is missing or deteriorated caulk on windows, but there is no evidence of damage to the window or surrounding structure.	2
Not missing/deteriorated.....	3

24. Condensation on Windows:

Condensation on windows, doors, walls.....	1
No condensation on windows, doors, walls.....	2

25. Windows/Doors open during interview:

Yes, window to exterior open.....	1
Yes, door to exterior open.....	2
No doors or windows open.....	3

Hazardous Materials

26. Chemicals, Pesticides, Cleaning Supplies, or Medications Stored Within Easy Reach of Children

Yes.....	1
No.....	2
Not applicable, no children in household.....	3
UNABLE TO OBSERVE.....	-7

GO TO 27

26a. If yes, record type and location:

Type: _____
Number: _____

Type: _____
Number: _____

type:

34a. Record type and number of pet(s):

Type: _____
Number: _____

Type: _____
Number: _____

Pest Hazards

27. Infestation - Roaches:

Frass or shells.....☐
One or more live roaches.....☐
No roaches or roach evidence..☐ } **GO TO**
UNABLE TO OBSERVE.....☐ **28**

27a. If roach evidence present, record location(s):

28. Infestation - Rats or Mice:

Droppings or chewed holes.....☐
One or more rats/mice.....☐
No rats/mice/droppings/holes.....☐
UNABLE TO OBSERVE.....☐

28a. If rat or mouse evidence present, record location(s):

29. Other Insects or Vermin:

Yes: Other insects or vermin
seen..... 1
No: Other insects or vermin not
seen..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

29a. If yes, record type and location(s)

30. Visible Dust on Surfaces:

Heavy..... 1
Slight..... 2
No visible dust on surfaces..... 3

General

31. Garbage:

Garbage and debris not properly
stored: Missing, uncovered, or
leaking container..... 1
Garbage and debris properly
stored..... 2

32. Air Cleaning Device Present:

Yes..... 1
No..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

33. Ozone Generator Present:

Yes..... 1
No..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

34. Pets Present:

Yes..... 1
No..... 2 } **GO TO**
UNABLE TO OBSERVE.....-7 **35**

35. Tobacco Smoke or Odor Present:

Yes..... 1
No..... 2

36. Ashtrays present:

Yes, present but empty..... 1
Yes, present and cigarette butts
or ashes observed..... 2
No..... 3

37. Candles, incense, or air fresheners present:

Yes, observed, but not in use..... 1
Yes, observed but in use..... 2
Not observed..... 3

38. Vacuum cleaner present:

Yes, observed, but not working..... 1
Yes, observed and functional..... 2
Yes, observed but not tested..... 3
UNABLE TO OBSERVE.....-7

Kitchen

39. Range or Stove:

- Stove and/or oven missing..... 1
Two or more burners not working
Gas ranges: flames not
distributed equally or pilot lights
out on two or more burners
Electric ranges: two or more
heating elements (including the
oven) not working..... 2
Gas ranges: flames not
distributed equally or pilot lights
out on one burner
Electric ranges: one heating
element (including the oven)
not working..... 3
Stove and oven working..... 4
UNABLE TO OBSERVE.....-7

40. Range Hood:

- Not working: Range hood does
not turn on..... 1

- Partial blockage: An accumulation
of dirt threatens the free passage
of air -OR-Flue completely
blocked..... 2
No range hood/exhaust fan..... 3
No blockage/functional: Range
hood works properly..... 4
UNABLE TO OBSERVE.....-7

41. Type of Cooking occurring during visit: CHECK ALL THAT APPLY

- None..... ☐
Baking..... ☐
Frying..... ☐
Broiling..... ☐
Grilling..... ☐
Toasting..... ☐
UNABLE TO OBSERVE..... ☐

42. Kitchen Flooring:

- Permanent carpet on kitchen
floor (does not include
removable mats)..... 1
Kitchen floor is a hard, cleanable
surface..... 2
UNABLE TO OBSERVE.....-7

Thank you for your time and your help with
today's survey. Here is your gift card(s). Please
sign two copies of this receipt, and I will give you
one for your records.

**RESIDENT SURVEY VISUAL ASSESSMENT
PART B: INTERIOR ASSESSMENT
(TO BE COMPLETED AFTER RESIDENT INTERVIEW)**

	Common Area 1 (Location)	Common Area 2 (Location)	Common Area 3 (Location)
Moldy or Musty Odor Present			
Yes.....			
1	1	1	1
No.....			
2	2	2	2
Tobacco Smoke or Odor Present			
Yes.....			
1	1	1	1
No.....			
2	2	2	2
“No smoking” signage in common area			
Yes.....			
1	1	1	1
No.....			
2	2	2	2
Ashtrays present in common area			
Yes, present but empty.....			
1	1	1	1
Yes, present and cigarette butts or ashes observed.....			
2	2	2	2
No.....			
3	3	3	3

	Common Area 1	Common Area 2	Common Area 3
	(Location)	(Location)	(Location)
Trash Collection Areas			
Trash on floor: Extensive trash and/or garbage on the floor.....			
1	1	1	1
Trash containers/chutes missing covers: Missing or damaged covers to trash chutes or trash or garbage containers.....			
2	2	2	2
Both: Both trash on floor and missing or damaged covers.....			
3	3	3	3
No trash on floor or missing covers.....			
4	4	4	4
No trash collection area observed.....			
5	5	5	5
UNABLE TO OBSERVE.....			
-7	-7	-7	-7
Water Stains/Water Damage - Ceilings			
≥2 square feet: One or more ceilings(s) has evidence of a leak, water damage, or water staining (such as a darkened area) over a large area (more than 4 square feet).....			
1	1	1	1
<2 square feet: One or more ceiling(s) has evidence of a leak, water damage, or water staining (such as a darkened area) over a small area (less than 4 square feet).....			
2	2	2	2
No water stains/water	3	3	3

damage.....			
3			
UNABLE TO OBSERVE.....			
-7	-7	-7	-7

	Common Area 1	Common Area 2	Common Area 3
	(Location)	(Location)	(Location)
Waters Stains/Water Damage - Floors			
≥4 square feet: A large portion of one of more floors (more than 4 square feet) has been substantially saturated or damaged by water, mold, or mildew. Cracks, mold, and flaking are seen; the floor surface may have failed..... 1..... <4 square feet: Evidence of a water stain (such as a darkened area) over a small area of floor (less than 4 square feet). Water may or may not be seen. Less than 10% of the floors are affected..... 2..... No water stains/water damage..... 3..... UNABLE TO OBSERVE..... -7.....		1	1
		2	2
		3	3
		-7	-7
Waters Stains/Water Damage - Walls			
≥4 square feet: A large portion of one of more walls (more than 4 square feet) has been substantially saturated or damaged by water, mold, or mildew. Cracks, mold, and flaking are seen; the wall may have failed..... 1..... <4 square feet: Evidence of a water stain (such as a darkened area) over a small area of wall (less than 4 square feet). 2.....		1	1
		2	2

Water may or may not be seen. Less than 10% of the walls are affected.....			
.....			
No water stains/water damage.....			
.....3.....		3	3
UNABLE TO OBSERVE.....			
.....-7.....		-7	-7

	Common Area 1	Common Area 2	Common Area 3
	_____ (Location)	_____ (Location)	_____ (Location)
Mold			
≥4 square feet visible mold present or musty odor detected: Any one ceiling, floor, or wall has visible mold over a large area (4 square feet or more) R-A musty odor is detected.....			
1	1	1	1
<4 square feet visible mold present: Any one ceiling, floor, or wall has visible mold over a small area (less than 4 square feet).....			
2	2	2	2
No mold observed or musty odor detected.....			
3	3	3	3
UNABLE TO OBSERVE.....			
-7	-7	-7	-7

**RESIDENT SURVEY VISUAL ASSESSMENT
PART C: EXTERIOR ASSESSMENT
(TO BE COMPLETED AFTER RESIDENT INTERVIEW)**

1. Address:

Street		
City	State	Zip

2. Type of Building in which Unit is Located:

- | | |
|----------------------------|---|
| Duplex..... | 1 |
| Triplex..... | 2 |
| Townhome..... | 3 |
| Low-rise (1–3 floors)..... | 4 |
| High-rise (4+ floors)..... | 5 |

3. Number of Units in Building: *(Count mailboxes if necessary)*

Number of Units:

4. Building's Proximity to Traffic:

- | | |
|--|---|
| Building borders on busy highway..... | 1 |
| Building borders on busy public street..... | 2 |
| Building borders on quiet public street..... | 3 |
| Building has private entrance..... | 4 |

5. Building Foundation Cracks/Gaps:

≥1/8 inches wide × 1/8 inches deep × 6 inches long: Cracks more than 1/8 inch wide by 1/8 inch deep by 6 inches long OR-Large pieces—many bricks, for example - are separated or missing from the wall or floor OR-Large cracks or gaps (a possible sign of a serious structural problem) – OR-Cracks run the full depth of the wall, providing opportunity for water penetration -OR-Sections of the wall or floor are broken apart.....	1
<1/8 inches wide × 1/8 inches deep × 6 inches long: Cracks smaller than these dimensions.....	2
No cracks/gaps: No signs of deterioration	3

6. Window Panes:

One or more missing or broken: A glass pane is missing -OR-A glass pane is cracked or broken AND sharp edges are seen.....	1
Both broken and missing: More than one window has broken and missing glass panes....	2
One or more cracked: A glass pane is cracked but no sharp edges are seen.....	3
None broken, cracked, or missing.....	4