

HINTS 4, FDA CYCLE DRAFT INSTRUMENT FOR TESTING

ALL QUESTIONS HIGHLIGHTED IN YELLOW ARE NEW QUESTIONS FOR HINTS FDA AND WILL BE TESTED. ALL OTHER QUESTIONS ARE INCLUDED FOR CONTEXT ONLY.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La recopilación de esta información está autorizada por la Ley de Servicios Públicos de Salud, 411 (42 USC 285 a) y 412 (42 USC 285a-1.a y 285a1.3). El propósito de esta recolección de datos es el evaluar si las preguntas de la encuesta son fáciles de entender. Los resultados de esta recolección de datos se usarán para mejorar el cuestionario. Los derechos de los participantes del estudio son protegidos por La Regla de Privacidad de 1974. La participación es voluntaria y no hay penalidades por no participar o por retirarse del estudio en cualquier momento. El no participar no afectará sus beneficios de ninguna manera. La información recopilada en este estudio se mantendrá privada bajo la autoridad de la Regla de Privacidad y solo será vista por personas autorizadas para trabajar en este proyecto. El reporte que resume los resultados no contendrá nombres o información de identificación. La información de identificación será destruida cuando el estudio haya finalizado.

NOTIFICACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE EL ESTIMADO DE CARGA: Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 90 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede realizar ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información, a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés).** Envíe los comentarios sobre el estimado de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0589). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

A: Búsqueda de información sobre la salud

A1. ¿Ha buscado alguna vez información acerca de temas de salud o de medicina en algún lugar?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA A6 en la siguiente columna**

A2. La última vez que buscó información sobre temas de salud, ¿dónde buscó primero?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Libros
- Folletos, panfletos, etc.
- Organización de salud pública
- Familia
- Amigos/Compañeros de trabajo
- Médico o proveedor de cuidado de la salud
- Internet
- Biblioteca
- Revistas
- Periódicos
- Número de información telefónica
- Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- Otro -Especifique→

A3. ¿Buscó o fue a algún otro sitio esa vez?

- Sí
- No

A4. La última vez que buscó información acerca de temas de salud o de medicina, ¿para quién era?

- Para mí
- Para otra persona
- Para otra persona y para mí
- Para nadie en particular

A5. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de temas de salud o de medicina, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?



- a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....
- b. Se sintió frustrado buscando información.....
- c. Le preocupaba la calidad de la información.....
- d. La información que encontró era difícil de entender.....

A6. En general, ¿cuánto confía usted en que podría obtener consejos o información de salud o temas médicos si lo necesita?

- Confío completamente
- Confío mucho
- Confío parcialmente
- Confío un poco
- No confío en absoluto

Attachment A-2: Instrument, Spanish

A7. En general, ¿cuánto confiaría en obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes

fuentes?	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Agencias de salud del gobierno (ej., la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), el Instituto Nacional de la Salud (NIH) o Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Organizaciones o grupos para la salud (como la Sociedad Americana contra el Cáncer, American Lung Association u otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Organizaciones de caridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Organizaciones y líderes religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Imagínese que tuviera mucha necesidad de conseguir información acerca de temas de salud o medicina. ¿Dónde iría primero?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Libros
- Folletos, panfletos, etc.
- Organización del cáncer
- Familia
- Amigos/Compañeros de trabajo
- Médico o proveedor de cuidado de la salud
- Internet
- Biblioteca
- Revistas
- Periódicos
- Número de información telefónica
- Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional
- Otro -Especifique→

A9. ¿Cuánta atención le presta a la información sobre salud o temas médicos en cada una de las siguientes fuentes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Periódicos en línea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Periódicos impresos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Revistas o boletines especiales sobre la salud o la medicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Programas de noticias de la televisión local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Programas de noticias de la televisión nacional o por cable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.....Televisión en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.....Sitios de redes sociales, como Facebook o Twitter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. En un día típico entre semana, ¿cuántas horas mira usted la televisión?

_____ horas

A11. En un día típico de fin de semana, ¿cuántas horas escucha usted la radio?

_____ horas

A12. Durante una semana típica, ¿cuántas horas mira usted la televisión?

_____ horas

A13. Durante un fin de semana típico, ¿cuántas horas escucha usted la radio?

_____ horas

A14. Durante un fin de semana típico, ¿cuántas horas utiliza usted el Internet por razones personales?

_____ horas

Attachment A-2: Instrument, Spanish

A15. En los siete últimos días, cuántos días leyó usted un periódico?
 _____ días

A16. ¿Ha buscado usted alguna vez información sobre el tabaco de alguna fuente?

- Sí
- No → GO TO Section B

A17. ¿Qué clases de información sobre productos de tabaco ha buscado usted alguna vez de alguna fuente?

Escoja ~~X~~ todas las que apliquen.

- Efectos sobre la salud
- Productos que dicen que reducen la exposición a ciertos productos químicos o que ofrecen menos riesgo de enfermedad.
- Ayuda o información para dejar el tabaco
- Lista de productos químicos en los productos de tabaco
- Costo/Cupones
- Instrucciones/guías
- Dónde comprarlos
- Información sobre nuevos tipos de productos de tabaco
- Algo diferente -Especifique

A18. Si usted ha buscado información sobre productos de tabaco, ¿qué clase de información buscó la última vez que lo hizo?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

- Efectos sobre la salud
- Productos que dicen que reducen la exposición a ciertos productos químicos o que ofrecen menos riesgo de enfermedad.
- Ayuda o información para dejar el tabaco
- Lista de productos químicos en los productos de tabaco
- Costo/Cupones
- Instrucciones/guías
- Dónde comprarlos
- Información sobre nuevos tipos de productos de tabaco

A19. En general, ¿cuánto confía tiene en que podría conseguir consejo o información sobre productos de tabaco relacionada con la salud si la necesitara?

- Confío completamente
- Confío mucho
- Confío algo
- Confío muy poco
- No confío nada

A20. En general, ¿cuánto confiaría en la información acerca de los efectos del uso del tabaco en la salud o en la información acerca de dejar de usar tabaco, de cada uno de los siguientes?



- a..... Un medico, farmacéutico, o proveedor de cuidados de la salud.....
- b..... Familia o amigos
- c..... (ej., la Administración de Alimentos y Drogas (FDA), el Instituto Nacional de la Salud (NIH) o Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).....
- d..... Organizaciones o grupos de la salud (como la Sociedad Americana contra el Cáncer, American Lung Association u otras).....
- e..... Organizaciones y líderes religiosos.....
- f..... Compañías de tabaco

Attachment A-2: Instrument, Spanish

B: Uso del Internet para hallar información

B1. ¿Alguna vez usa el Internet para conectarse a la Red o para enviar y recibir correo electrónico?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA C1 en la próxima página

B2. Cuando usted utiliza el Internet, lo hace mediante...

	Sí	No
a.....Computadora en el hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Computadora en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Computadora en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Un dispositivo móvil (teléfono celular /teléfono inteligente/tableta).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Un dispositivo de juegos / "Smart TV"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. ¿Dónde utiliza el Internet con más frecuencia?

Escoja solo una.

- Computadora en el hogar
- Computadora en el trabajo
- Computadora en la escuela
- Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro)
- Un dispositivo móvil (teléfono celular /teléfono inteligente/tableta)
- Un dispositivo de juegos / "Smart TV"

B5. ¿Hay algún sitio de Internet en específico donde le guste buscar información médica o de salud?

- Sí
- No → VAYA A LA PREGUNTA B6

B5. Especifique qué sitio de Internet le gusta especialmente como fuente de información médica o de salud:

B6. En los últimos 12 meses, ¿ha usado usted el Internet por cualquiera de las razones siguientes?

	Sí	No
a.....Visitó un sitio de red social, como Facebook o LinkedIn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Escribió en un diario o blog en línea (es decir, un diario en la Web).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Compartió fotos, videos u otro contenido multimedia en sitios como YouTube o Instagram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Descargó a un dispositivo móvil, como un reproductor MP3, teléfono celular, computadora tableta o dispositivo electrónico de lectura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B7. Algunas personas le prestan atención a información sobre salud en el Internet, incluso cuando no están tratando de averiguar acerca de un problema de salud que tienen ellas o alguien en la familia. En los últimos 12 meses, ¿ha leído este tipo de información de salud en el Internet?

- Sí
- No

B8. Más o menos, ¿con qué frecuencia ha leído este tipo de información en los últimos 12 meses?

- Una vez o más al mes
- Menos de una vez al mes

Attachment A-2: Instrument, Spanish

B9. En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

	Sí	No
a...Buscó información médica o de salud para usted.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b...Buscó información médica o de salud para otra persona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c...Buscó información sobre cómo dejar de fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.. Participó en un foro o grupo de apoyo en línea para personas con un problema médico o de salud similar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f....Usó un sitio web como ayuda con su dieta, peso o actividad física.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Buscó un proveedor de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h... Descargó información sobre la salud a un dispositivo móvil como un reproductor MP3, teléfono celular, computadora tableta o dispositivo electrónico de lectura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i... Compartió información sobre la salud en sitios de medios sociales, como Facebook o Twitter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.....Intercambió apoyo social sobre preocupaciones de la salud con familiares o amigos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.....Mantuvo un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas o citas médicas futuras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l...Vió un video relacionado con la salud en YouTube.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Attachment A-2: Instrument, Spanish

C: Productos de tabaco

C1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Sí
 No → VAYA A LA PREGUNTA C9

C2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días
 Algunos días → GO TO C4
 Nunca → GO TO C7

C3. Si usted fuma ahora todos los días o algunos días, en los días que fuma, ¿cuántos cigarrillos fuma como promedio?

_____ número de cigarrillos

- No lo sé

C4. ¿Está usted seriamente considerando el dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

- Sí
 No

C5. Más o menos, ¿hace cuánto tiempo que usted dejó de fumar cigarrillos completamente?

(Write a number in one box below)

- Menos de 2 semanas
 de 2 semanas a menos de 1 mes
 de 1 mes a menos de 3 meses
 de 3 meses a menos de 6 meses
 de 6 meses a menos de 1 año
 de 1 año a menos de 5 años
 de 5 años a menos de 15 años
 5 años

C6. La última vez que fumó todos los días, ¿cuántos cigarrillos al día fumaba normalmente?

- 1-9
 10-19
 20-29
 30-39
 40+

C7. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con esta declaración: "El fumar es algo básico de una persona lo cual ella no puede cambiar mucho."

- Muy de acuerdo
 Algo de acuerdo
 Algo en desacuerdo
 Muy en desacuerdo

C8. Hay varios recursos que la gente utiliza para ayudarles a dejar de fumar. Antes de que le llamaran para este estudio (e independientemente de si usted fuma o no), ¿había oído hablar alguna vez de líneas telefónicas para dejar de fumar, como un número de llamada gratis (por ej. 1-800-QUIT-NOW) o un sitio web (por ej. www.smokefree.gov) donde le pueden ayudar a dejar de fumar?

- Sí
 No

C9. ¿Ha llamado alguna vez a una línea telefónica para dejar de fumar?

- Sí
 No

C10. ¿Qué tan probable es que usted llame a una línea telefónica para dejar de fumar o de que visite un sitio web para dejar de fumar en el futuro, por cualquier razón?

- Muy probable
 Algo probable
 Algo improbable
 Muy improbable

Attachment A-2: Instrument, Spanish



C11. ¿Cuántos cigarros (como Macanudo, Romeo y Julieta, Arturo Fuente u otros), cigarros medianos (como Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, Phillies Blunts u otros) o cigarros pequeños con filtro (como cigarros pequeños con filtro Prime Time o Winchester u otros) ha fumado usted durante toda su vida?

- Ninguna
- 1-10
- 11-20
- 20-50
- 30-99
- Al menos 100 o más

C12. ¿Fuma usted ahora cigarros, cigarros medianos o cigarros pequeños todos los días, algunos días, o nunca?

- Todos los días
- Algunos días → **GO TO C14**
- Nunca → **GO TO C15**

C13. ¿Cuántos cigarros (como Macanudo, Romeo y Julieta, Arturo Fuente u otros), cigarros medianos (como Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, Phillies Blunts u otros) o cigarros pequeños con filtro fuma usted por día?

_____ número de cigarros

- No lo sé

C14. El tamaño de los cigarros, cigarros medianos o cigarros pequeños con filtro que usted fuma habitualmente es ...

- Cigarro regular o grande, como Macanudo, Romeo y Julieta, Arturo Fuente u otros
- Cigarros medianos como Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, Phillies Blunts u otros
- Cigarros pequeños con filtro como Prime Time, Winchester u otros

C15. ¿Ha usado usted tabaco de mascar, tabaco bucal Americano (snuff) o dip, como Redman, Levi Garrett, Beechnut, Skoal o Copenhagen, al menos 20 veces en toda su vida?

- Sí
- No → **GO TO C18**

C16. ¿Usa usted ahora tabaco de mascar, tabaco bucal Americano (snuff) o dip, como Redman, Levi Garrett, Beechnut, Skoal o Copenhagen, todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca → **GO TO C18**

C17. ¿Cuántos envases de tabaco sin humo (incluyendo envases de tabaco bucal sueco o snus) usa usted por semana?

- Ninguno
- Medio envase o menos
- 1 envase
- 2 envases
- 3 envases
- Más de 3 envases



k3441977 www.fotosearch.com

C18. ¿De cuál de los siguientes productos de tabaco ha oído hablar?

- Hookah o pipa de agua llena de tabaco
- Cigarrillos electrónicos (como blu, NJOY o Ruyan)
- Pipa llena de tabaco
- Cigarrillos para enrollar
- Tabaco bucal sueco o Snus (como Camel, Marlboro, Skoal o Swedish Match)

C19. ¿Cuál de los siguientes productos de tabaco ha probado alguna vez?

- Hookah o pipa de agua llena de tabaco
- Cigarrillos electrónicos (como blu, NJOY o Ruyan)
- Pipa llena de tabaco
- Cigarrillos para enrollar
- Tabaco bucal sueco o Snus (como Camel, Marlboro, Skoal o Swedish Match)

C20. ¿Alguno de los productos de tabaco que usó en los últimos 30 días tenía sabor a mentol (menta), clavo, especias, alcohol (vino, cognac), caramelos, fruta, chocolate u otros dulces?

- Sí
- No
- No lo sé

C21. De sus cinco amigos o conocidos más cercanos con quienes pasa algún tiempo regularmente, ¿cuántos usan alguna clase de tabaco?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

C22. ¿Qué tan pronto después de despertarse usa usted habitualmente un producto de tabaco?

- Yo no uso productos de tabaco
- Menos de 5 minutos
- De 6 a 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- Más de 1 hora pero menos de 24 horas
- Muy pocas veces uso un producto de tabaco

Attachment A-2: Instrument, Spanish

C26. En una escala de uno a cinco, donde uno significa totalmente en desacuerdo y 5 es totalmente de acuerdo, indique cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

Totalmente de acuerdo,
De acuerdo,
Ni de acuerdo ni en desacuerdo
En desacuerdo
Totalmente en desacuerdo

Strongly agree
 Agree
 Neither agree nor disagree
 Disagree
 Strongly disagree

- a.....La nicotina es la substancia principal en el tabaco que hace que la gente quiera fumar.....
- b.....La nicotina en los cigarrillos es el producto químico que causa la mayor parte del cáncer causado por fumar.....
- c.....La adición a la nicotina es algo que me preocupa.....

C27. En general ¿qué tan adictivo cree usted que es cada uno de los siguientes?

THESE ARE NEW TOO → Not at all addictive
 Moderately addictive
 Very addictive

- a.....Fumar cigarrillos
- b.....Fumar cigarros
- c.....Usar tabaco sin humo
- d.....Cigarrillos electrónicos
- e.....Fumar tabaco en una hookah
- f.....Fumar cigarrillos para enrollar
- g.....Pipa llena de tabaco
- h.....Hookah llena de tabaco

TRANSLATION OF THE OPTIONS ABOVE

- Nada adictivo
- Moderadamente adictivo
- Muy adictivo

D: Exposición a mensajes acerca del tabaco

D1. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Efectos del tabaco sobre la salud de las personas que usan tabaco** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
THESE ARE NEW TOO →			
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Efectos del uso del tabaco sobre la salud durante el embarazo** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRANSLATION OF THE OPTIONS ABOVE

- Nunca
- Un par de veces
- Muchas veces

D3. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Prevención del uso del tabaco entre los jóvenes** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D4. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Línea Telefónica Nacional para Dejar de Fumar o 1-800-QUIT-NOW** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Smokefree.gov** o **BeTobaccoFree.gov** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never ↓	A couple of times ↓	A lot of times ↓
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Naturaleza adictiva del fumar** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never ↓	A couple of times ↓	A lot of times ↓
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Efectos sobre la salud de los productos químicos perjudiciales de los productos de tabaco** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Mensajes publicitarios sobre cigarrillos mentolados** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never	A couple of times	A lot of times
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D9. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Efectos sobre a salud del humo secundario** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never ↓	A couple of times ↓	A lot of times ↓
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D10. Durante los últimos 30 días, con cuánta frecuencia ha visto, oído o leído un mensaje sobre **Mensajes publicitarios sobre e-cigarrillos** de cada una de las fuentes a continuación?

	Never ↓	A couple of times ↓	A lot of times ↓
Periódico (formato en línea).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Periódico alternativo (formato impreso).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revista.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (medios sociales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web de una compañía u organización).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web específico de la salud).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet (sitio web del gobierno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cupón/Volantes por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evento de la comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punto de venta (como en, o dentro de, tiendas de conveniencia, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: Contenido de los productos de tabaco

E1. Durante el último año, ¿con cuánta frecuencia ha visto una lista de los productos químicos que contienen los productos de tabaco?

- Nunca → **GO TO E4**
- Raramente
- A veces
- A menudo

E2. ¿Dónde ha visto una lista de los productos químicos que contienen los productos de tabaco?

Escoja todas las que apliquen .

- En un sitio web del gobierno (ej. la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), el Instituto Nacional de la Salud (NIH) o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) u otros.)
- De organizaciones o grupos de la salud (como la Sociedad Americana contra el Cáncer, American Lung Association u otros.)
- De una compañía de tabaco
- En una oficina de un médico /De un profesional de la salud
- En un periódico
- En una revista
- En la radio
- En un anuncio comercial de televisión
- En un programa de noticias de la televisión
- Smartphone App
- Otro en internet- Especifique →
- Other source-Especifique →

E3. Si no ha visto una lista pública de los productos químicos que contienen los productos de tabaco, ¿dónde cree que podría encontrar esa lista?

Escoja todas las que apliquen .

- En un sitio web del gobierno (ej. la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA), el Instituto Nacional de la Salud (NIH) o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) u otros.)
- De organizaciones o grupos de la salud (como la Sociedad Americana contra el Cáncer, American Lung Association u otros)
- De una compañía de tabaco
- En una oficina de un médico /De un profesional de la salud
- En un periódico
- In a revistas
- En la radio
- En un anuncio comercial de televisión
- En un programa de noticias de la televisión
- Smartphone App
- Otro en internet- Especifique →
- Otro-Especifique →

E4. Durante el último año, ¿con cuánta frecuencia ha pensado en los productos químicos que contienen los productos de tabaco?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo

E5. ¿De dónde cree usted que vienen los productos químicos que contienen los cigarrillos?

	Sí	No
a.....Las hojas de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....El humo del tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....El paquete de cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d... Los pegamentos, las tintas y el papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....El filtro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Cosas añadidas a los cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....N/A. No hay productos químicos en los cigarrillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E6. ¿Cuán tos de los los productos químicos que contienen los cigarrillos cree usted que vienen de las hojas de tabaco del humo? (Escoja uno)

- Ninguno de los productos químicos
- Unos pocos productos químicos
- Muchos de los productos químicos
- Todos los productos químicos

E7. ¿Cuántos de los productos químicos que contienen los productos de tabaco sin humo cree usted que vienen de las hojas del tabaco? (Escoja uno)

- Ninguno de los productos químicos
- Unos pocos productos químicos
- Muchos de los productos químicos
- Todos los productos químicos

E8. ¿Cuánto interés tendría usted en ver una lista de productos químicos contenidos en los productos de tabaco enumerados por cada marca?

- Ningún interés → **GO TO E10**
- Un poco de interés
- Algún interés
- Mucho interés

E9. ¿Por qué tendría interés en ver esa lista?

Escoja todos los que apliquen.

- Para hallar información general sobre los efectos en la salud de los productos de tabaco para mí
- Para hallar información general sobre los efectos en la salud de los productos de tabaco para otra persona
- Para hallar información sobre los niveles de un producto químico específico (o varios) en la marca que yo uso
- Para hallar información sobre los niveles de un producto específico (o varios) en la marca que usa otra persona
- Para hallar una marca para cambiar con el fin de reducir mi riesgo de problemas de salud
- Para hallar una marca para cambiar con el fin de reducir el riesgo de problemas de salud de otra persona
- Curiosidad por ver qué productos químicos contiene una marca específica
- Para verificar las reclamaciones hechas acerca de los efectos en la salud de una marca específica
- Para averiguar qué marca es la más económica
- Para comparar marcas
- Aunque me trasatorne, quiero conocer los productos químicos que contienen los productos de tabaco
- Es importante conocer los productos químicos que contienen los productos de tabaco
- Con fines de investigación o educación
- Mi proveedor de cuidados de la salud o un familiar me dijo que lo hiciera
- Mi amigo, maestro, medico, me dijo que lo hiciera
- To use as motivation to quit for myself o someone else
- Para usarlo como motivación para no comenzar a usar productos de tabaco
- Otra razón - Especifique →

E10. ¿Por qué no tendría interés en ver esa lista?

Escoja todos los que apliquen.

- Yo no uso productos de tabaco
- Nadie cercano a mí usa productos de tabaco
- Ya sé todo acerca de los productos químicos que contienen
- No me importan los productos químicos que contienen los productos de tabaco
- No confío en que una lista así sería exacta ni imparcial
- Me da miedo saber qué hay en la lista (similar a 'no quiero que me lo recuerden, pero con una perspectiva ligeramente diferente)
- Ya sé el riesgo que corro por usar productos de tabaco
- Es demasiado esfuerzo para hallar la lista
- No sabría dónde hallarla
- Ya he visto la lista –¿Dónde la vio?
- No quiero que me recuerden los productos químicos que contiene el tabaco/No quiero que me recuerden los efectos del tabaco sobre la salud
- Cuando se trata de información sobre el tabaco, a veces la ignorancia es lo mejor.
- Preferiría no saber los productos químicos que contiene el tabaco
- Para decidir si voy a cambiar a un tipo de tabaco de menos riesgo (ej., tratado para no tener humo)
- No entendería la lista
- No tengo tiempo
- Yo no fumo (o uso productos de tabaco) mucho ...fumo socialmente
- No soy adicto a los productos de tabaco (Puedo dejarlos en cualquier momento)
- La vería si alguien me la pusiera delante, pero no la buscaría por mí mismo
- No tengo una computadora /No tengo acceso a ella
- Otra razón -Especifique →
- No he oído nada de esa lista

E11. El formaldehído es un producto químico que se ha relacionado con el cáncer. Ahora imagine una marca de producto de tabaco que contiene más formaldehído que otra marca. ¿Piensa que podría decir cuál de estas marcas tiene mas probabilidad de causar cáncer?.

- Sí
- No
- No lo sé

E12. Para cada una de las siguientes declaraciones, escoja Verdadero o Falso.

Escoja Verdadero Falso una para cada declaración.

Verdadero Falso

- a.....Todos los productos de tabaco contienen productos químicos que podrían causar daños.....
- b.....Se están haciendo investigaciones para averiguar qué productos químicos causan daño.....

E13. ¿Cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?

No hay ningún producto de tabaco seguro.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

E14. Por lo que usted sabe, ¿revisa alguien los productos de tabaco antes de que se vendan a los consumidores?

- Sí
- No
- No lo sé

E15. Por lo que usted sabe, ¿revisa alguien lo que dicen las compañías de tabaco acerca del contenido y los productos químicos o los efectos sobre la salud de sus productos, antes de que se vendan a los consumidores?

- Sí
- No
- No lo sé

E16. ¿Cree usted que los productos de tabaco pasan pruebas para saber si contienen productos químicos perjudiciales?

- Sí
- No
- No lo sé

E17. ¿Quién hace pruebas de los productos de tabaco para ver si contienen productos químicos perjudiciales?

Escoja solo una de las siguientes opciones.

	Sí	No estoy seguro
a.....Los cultivadores de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....El gobierno federal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Los departamentos de salud del estado y locales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Las compañías de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Compañías /organizaciones independientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Otro-Especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E18. ¿Qué tan calificados están cada uno de los siguientes para revisar productos de tabaco?

OPTIONS FOR E18

- Nada calificado
- Un poco calificado
- Algo calificado
- Muy calificado

THESE ARE NEW TOO →	Not at all qualified	A little qualified	Somewhat qualified	Very qualified
a.....Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Comisión Federal de Comercio (FTC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Grupos independientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Institutos Nacionales de la Salud (NIH).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Cirujano General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Industria del tabaco /Compañías de tabaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Consejo de los EE.UU. para la Prevención del Cáncer (USBCP).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E19. ¿Qué tan imparcial es cada uno de los siguientes para revisar productos de tabaco?

THESE ARE NEW TOO →	Not at all biased	A little biased	Somewhat biased	Very biased
a.....Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Comisión Federal de Comercio (FTC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Grupos independientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Institutos Nacionales de la salud (NIH).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Cirujano General	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Industria del tabaco /Compañías de tabaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Consejo de los EE.UU. para la Prevención del Cáncer (USBCP).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPTIONS FOR E19

- Nada parcial
- Un poco parcial
- Algo parcial
- Muy imparcial

E20. Las preguntas siguientes tratan de las prioridades del gobierno para mejorar la salud de las personas.. Por favor, diga para cada punto si debería ser una prioridad alta, media, baja, o si el gobierno no debería ocuparse de este asunto.

THESE ARE NEW TOO →	High Priority	Medium priority	Low priority	Government should not address this issue
a.....Promover programas de educación sobre la salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Mejorar el conocimiento de las personas sobre la salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Alentar a las personas a dejar de fumar usando su fuerza de voluntad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Proporcionar apoyo, como parches de nicotina, para ayudar a las personas a dejar de fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Proteger a los niños de la públicidad y del mercadeo de las compañías de tabaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Alentar a las personas a buscar consejo profesional para dejar de fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPTIONS FOR E 20

- Prioridad alta
- Prioridad media
- Prioridad baja
- El gobierno de debe ocuparse de este asunto

E21. ¿Qué parte de su tiempo confía usted en el gobierno en Washington para que hagan lo que es correcto?

- Prácticamente siempre
- La mayor parte del tiempo
- Solamente parte del tiempo
- Nunca

E22. ¿Qué tan perjudicial cree usted que es cada uno de los siguientes para la salud de una persona?

THESE ARE NEW TOO →	Not at all harmful	Moderately harmful	Very harmful
a.....Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Fumar cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Usar tabaco sin humo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Productos de tabaco solubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Cigarillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPTIONS FOR E 22

- Nada perjudicial
- Moderadamente perjudicial
- Muy perjudicial

E23. ¿Por cuánto tiempo piensa usted que una persona tien que fumar cigarrillos antes de que perjudiquen su salud?

- Menos de 1 año
- 1 año
- 5 años
- 10 años
- 20 años o más

E24. ¿Cuánto daño cree que se causan las personas que funan unos pocos cigarillos todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Algún daño
- Mucho daño

E25. ¿Cuánto daño cree que se causan las personas cuando fuman 10 o más cigarillos todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Algún daño
- Mucho daño

E26. ¿Cree usted que los cigarrillos electrónicos, o e-cigarrillos, (como blu, NJOY o Ruyan) son MENOS PERJUDICIALES, IGUALMENTE PERJUDICIALES o MÁS PERJUDICIALES para la salud que los cigarrillos regulares?

- Menos perjudiciales
- Igualmente perjudiciales
- Más perjudiciales
- Nunca he oído hablar de los cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos
- No sé suficiente acerca de estos productos

E27. ¿Cuánto crees que las personas se perjudican a sí mismas cuando usan tabaco sin humo, como tabaco de mascar o tabaco bucal americano o sueco (snuff, dip o snus) todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Algún daño
- Mucho daño

E28. ¿Cuánto crees que las personas se perjudican a sí mismas cuando usan tabaco sin humo, como tabaco de mascar o tabaco bucal americano o sueco (snuff, dip o snus) algunos días pero no todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Algún daño
- Mucho daño

E30. Por favor, indica cuánto estás de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración:

Es más seguro usar tabaco ahora que hace 5 años.

- Totalmente de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

E31. ¿Cree usted que algunos cigarrillos son mejores perjudicial para la salud que otros?

- Sí
- No

E32. ¿Cree usted que algunos productos de tabaco sin humo, como el tabaco de mascar y el tabaco bucal americano o snuff, son mejores perjudiciales para la salud que los cigarrillos?

- Sí
- No

E33. Si un producto de tabaco afirmase que es menos perjudicial para la salud que otros productos de tabaco, ¿qué tan probable sería que usted usara ese producto?

- Muy probable
- Algo probable
- Poco probable
- Muy poco probable
- No lo sé

E34. Si un tabaco anunciase que es menos adictivo que otros productos de tabaco, ¿qué tan probable sería que usted usara ese producto?

- Muy probable
- Algo probable
- Poco probable
- Muy poco probable
- No lo sé

F: Creencias acerca de las afirmaciones sobre los cigarrillos

En las próximas preguntas le pedimos que evalúe ciertos cigarrillos. Actualmente no se dispone de los cigarrillos mostrados en estas preguntas, pero podría suceder en el futuro. Le rogamos que responda las preguntas siguientes aunque usted actualmente no use productos de tabaco.



F1. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo como el mostrado antes sería ...

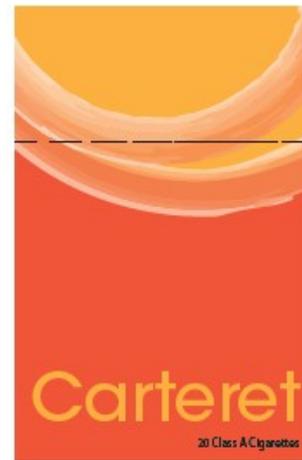
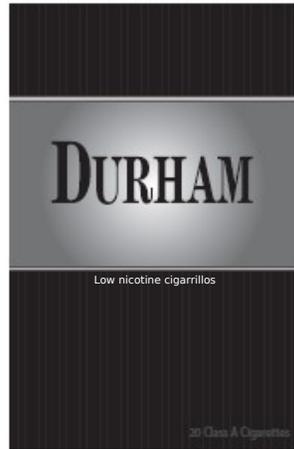
- Mucho más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico.
- Ligeramente más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico.
- Igualmente perjudicial para su salud que un cigarrillo típico.
- Ligeramente menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico.
- Mucho menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico.

Para las próximas TRES preguntas fíjese en las dos cajetillas de cigarrillos más abajo.

Cigarrillo A



Cigarrillo B



F2. ¿Qué cigarrillo cree usted que es más perjudicial para su salud?

- El cigarrillo A sería mucho más perjudicial para su salud
- El cigarrillo A sería ligeramente más perjudicial para su salud
- Ambos cigarrillos sería igualmente perjudiciales para su salud
- El cigarrillo B sería ligeramente más perjudicial para su salud
- El cigarrillo B sería mucho más perjudicial para su salud

F3. ¿Qué cigarrillo cree usted que es más adictivo?

- El cigarrillo A sería mucho más adictivo
- El cigarrillo A sería ligeramente más adictivo
- Ambos cigarrillos serían igualmente adictivos
- El cigarrillo B sería ligeramente más adictivo
- El cigarrillo B sería mucho más adictivo

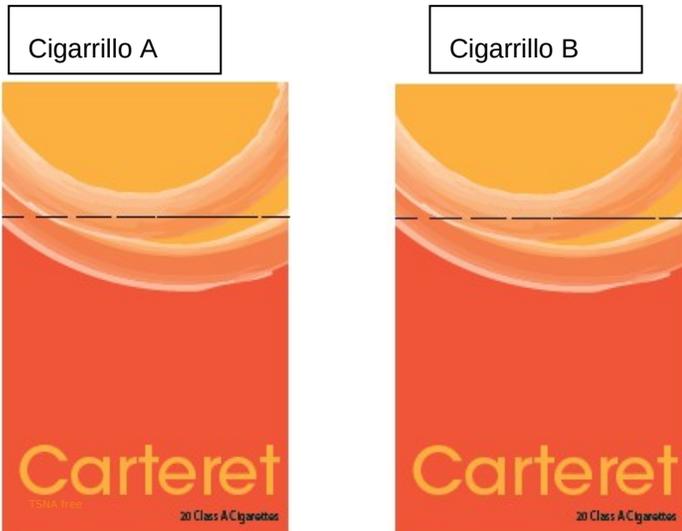
F4. ¿Qué tan creíble es que el cigarrillo B mostrado más arriba a la derecha pudiera ser "Bajo en nicotina"?

- Nada creíble
- Un poco creíble
- Algo creíble
- Muy creíble

F5. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo como el mostrado más arriba sería

- Mucho más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Igualmente perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Mucho menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?

Para las próximas TRES preguntas fíjese en las dos cajetillas de cigarrillos más abajo.



F6. ¿Qué cigarrillo cree usted que es más perjudicial para su salud?

- El cigarrillo A sería mucho más perjudicial para su salud
- El cigarrillo A sería ligeramente más perjudicial para su salud
- Ambos cigarrillos serían igualmente perjudiciales para su salud
- El cigarrillo B sería ligeramente más perjudicial para su salud
- El cigarrillo B sería mucho más perjudicial para su salud

F7. ¿Qué cigarrillo cree usted que es más adictivo?

- El cigarrillo A sería mucho más adictivo
- El cigarrillo A sería ligeramente más adictivo
- Ambos cigarrillos serían igualmente adictivos
- El cigarrillo B sería ligeramente más adictivo
- El cigarrillo B sería mucho más adictivo

F8. ¿Qué tan creíble es que el cigarrillo B mostrado arriba a la izquierda pudiera ser "Sin TSNA"?

- Nada creíble
- Un poco creíble
- Algo creíble
- Muy creíble

F9. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo que anuncia que contiene "poca nicotina" sería ...

- Mucho más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Igualmente perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Mucho menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?

F10. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo que anuncia que contiene "poca nicotina" sería ...

- Mucho más adictivo que un cigarrillo típico?
- Ligeramente más adictivo que un cigarrillo típico?
- Igualmente adictivo que un cigarrillo típico?
- Ligeramente menos adictivo que un cigarrillo típico?
- Mucho menos adictivo que un cigarrillo típico?

F11. ¿Qué tan creíble es que un cigarrillo pudiera contener "poca nicotina"?

- Nada creíble
- Un poco creíble
- Algo creíble
- Muy creíble

F12. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo que anuncia que es "sin TSNA" sería ...

- Mucho más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente más perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Igualmente perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Ligeramente menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?
- Mucho menos perjudicial para su salud que un cigarrillo típico?

F13. Comparado con un cigarrillo típico, ¿pensaría usted que un cigarrillo que anuncia que es "sin TSNA" sería ...

- Mucho más adictivo que un cigarrillo típico?
- Ligeramente más adictivo que un cigarrillo típico?
- Igualmente adictivo que un cigarrillo típico?
- Ligeramente menos adictivo que un cigarrillo típico?
- Mucho menos adictivo que un cigarrillo típico?

F14. ¿Qué tan creíble es que un cigarrillo pudiera ser "sin TSNA"?

- Nada creíble
- Un poco creíble
- Algo creíble
- Muy creíble

G: Suplementos Dietéticos

Estas preguntas que siguen indagan sobre suplementos dietéticos como vitaminas, minerales, hierbas otros suplementos que usted puede tomar además de su dieta regular.

G1. Si usted oye o lee que un product dietético suplementario "puede producir efectos anticarcinogénicos en el cuerpo," ¿esto significa que el producto podría hacer alguna de las cosas siguientes?

	Sí	No
a.....Reducir el riesgo de cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Tratar el cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c..Prevenir completamente el cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Curar el cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. Si un suplemento dietético dice en el envase que "puede producir efectos anticarcinogénicos en el cuerpo," ¿esto significa que el producto podría reducir el riesgo de:

- un tipo único de cáncer?
- algunos tipos de cáncer?
- o todos los tipos de cáncer?

G3. Si un suplemento dietético dice en el envase que "puede reducir el riesgo de ciertos tipos de cáncer," ¿esto significa que el product podría reducir el riesgo de:

- un tipo único de cáncer?
- algunos tipos de cáncer?
- o todos los tipos de cáncer?

G4. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?



- | | Strongly agree | Somewhat agree | Somewhat disagree | Strongly disagree |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. El cancer es causado con más frecuencia por el comportamiento o el estilo de vida de una persona..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Someterse a un examen para el cáncer regularmente ayuda a encontrar el cáncer cuando es fácil tratarlo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. El cancer es una enfermedad que, cuando se detecta pronto, típicamente puede curarse..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Parece que todo causa cáncer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Una persona no puede hacer mucho para reducir sus probabilidades de contraer cáncer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hay tantas recomendaciones diferentes acerca de la prevención del cancer que es difícil saber cuál seguir..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Todos los tipos de cancer tienen las mismas causas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Todos los tipos de cáncer se pueden prevenir de las mismas maneras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Todos los tipos de cáncer se pueden tratar de las mismas maneras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Todos los tipos de cáncer se pueden curar de las mismas maneras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k..... Todos los tipos de cáncer se pueden evitar mediante lo que uno come y bebe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Todos los tipos de cáncer se pueden evitar usando suplementos dietéticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Todos los tipos de cáncer se pueden tratar usando suplementos dietéticos en lugar de medicamentos o cirugía..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. La información que encontró era difícil de comprender..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, piense en los suplementos dietéticos como vitaminas, minerales, hierbas y otros suplementos que usted pudiera tomar además de su dieta regular.

G5. Indique si ha tomado o no uno o más de los siguientes tipos de suplementos dietéticos durante los últimos 12 meses:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Suplementos de vitaminas o minerales, como Vitamina C, Vitamina E, hierro o calcio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b..... Suplementos para mejorar el desempeño atlético..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.... Suplementos para inducir pérdida de peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.... Suplementos para mejorar la función sexual o la reproductiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Suplementos para mejorar el estado de ánimo o la salud mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f..... Suplementos para aliviar el dolor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g.... Otros suplementos para resolver un problema de salud o mejorar la salud, incluyendo hierbas o productos botánicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G6. ¿Ha dado algunos suplementos a algún bebé, niño o adolescente de su familia ?

- Sí
 No

G7. Si respondió Sí, ¿cuál fue la razón para usar el suplemento?

G8. Si respondió Sí, por favor indique el nombre del suplemento o los suplementos:

G9. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún problema de salud que usted pensó que podría estar relacionado con algún suplemento dietético que tomó?

- Sí

No

G10. La última vez que tuvo ese problema, ¿cuáles fueron los síntomas importantes del mismo?

- Problemas del corazón /dolor en el pecho
- Dolor abdominal
- Dolor de cabeza
- Sarpullidos
- Reacción alérgica
- Náuseas
- Problemas de presión de la sangre
- Diarrea
- Calambres/Dolores musculares
- Problemas para dormir
- Mareos/desmayo
- Picazón
- Ansiedad/nerviosismo
- Somnolencia
- Vómitos
- Otros síntomas -Especifique

G11. ¿Qué suplementos piensa usted que estaban relacionados con su problema?

Escoja todos los que apliquen.

- Multi-vitaminas
- "Xenadrine"
- Vitaminas o minerales no especificados
- Hierro
- Ginko Biloba
- Vitamina C
- Calcio
- "Metabolife"
- Vitamina E
- Ginseng
- "Phen Phen"
- Hierba de San Juan wort
- Vitamina B
- Otros suplementos -Especifique

G12. ¿Reportó usted su problema a algunas de las siguientes instituciones o profesionales?

	Sí	No
a.. La Administración de Medicamentos y Alimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.. Los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.Un departamento de salud o control de control de venenos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....El fabricante de un suplemento dietético.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Su médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H: Administración de Medicamentos y Alimentos

Pensemos en reportes de noticias que usted escucha sobre productos medicos y seguridad de los alimentos, las actividades de la Administración de Medicamentos y Alimentos's (FDA) y cómo afectan estas cosas a sus elecciones.

H1. ¿Cuál cree usted que es la finalidad principal de la FDA para requerir información sobre los productos médicos?

Escoja todos los que apliquen.

- Requisito legal
- Describir cómo usar el producto sin riesgo
- Publicidad del fabricante
- Explicar los efectos negativos potenciales de usar el producto
- Explicar los beneficios de usar el producto

H2. Si la FDA reporta que está investigando un medicamento aprobado, esto significa ...

Sí No No estoy seguro

- a.....Que no es seguro usar el medicamento.....
- b.....No está claro si es seguro usar el medicamento.....
- c.....Es seguro usar el medicamento siguiendo las instrucciones.....
- d.....Tengo que preguntar a mi medico si es seguro usar el medicamento.....

H3. Si retiran del Mercado un medicamento que usted tiene que tomar, usted...

- | | Sí | No | No estoy seguro |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a.....¿Examinaría el número de lote en su frasco de pastillas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.....¿Dejaría de tomar el medicamento inmediatamente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....¿Llamaría a su medico para que le ayudase a comprender qué debe hacer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....¿Tomaría el medicamento con cuidado, prestando atención a los efectos secundarios?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e.....¿Continuaría tomando el medicamento siguiendo las instrucciones?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H4. ¿En qué condiciones prestaría atención a los informes de una investigación de la FDA?

- | | Sí | No | No estoy seguro |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a.....Si se trata de un product que usted usa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.....Si se trata de un product que una persona querida o un amigo usa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....Usted sigue todas las investtiaciones de la FDA de las que oye hablar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....Usted presta poca o ninguna atención a las investtiaciones de la FDA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H5. La FDA utiliza muchas Fuentes para compartir información de las investigaciones de productos médicos y alimentos que le afectan a usted directamente. ¿Dónde preferiría que la FDA públicoara esta información?

Escoja todos los que apliquen.

- E-mail
- Sitio web de la FDA (<http://www.FDA.gov>)
- MedWatch (<http://www.fda.gov/Safety/MedWatch>)
- Otros sitios web relacionados con asuntos medicos o de salud (e.g., webMD, healthfinder)
- Facebook
- Twitter
- Entrevista televisada con un medico de la FDA
- Entrevista con un médico de la FDA impresa en un periódico
- Video de YouTube

H6. Si retiran del Mercado un alimento que usted ha comprador, usted ...

- | | Sí | No | No estoy seguro |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a.....Lo desecharía..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b.....Llamaría a su medico para que le ayudase a comprender qué hacer con el alimento..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c.....Usaría el alimento con cuidado, lavándolo muy bien y cocinándolo concienzudamente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d.....Continuaría comiendo el alimento como de costumbre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H7. ¿Cuánto confía usted en la FDA para que mantenga seguros los productos médicos y los alimentos?

- Nada en absoluto
- Algo
- Mucho

H8. ¿Cuánto cree que las personas u organizaciones liistadas más abajo le darían una recomendación clara acerca de cómo resolver un problema relacionado con productos médicos?

Nada en absoluto
Algo
Mucho

	Not at all	Somewhat	A lot
a.....Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....El fabricante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Mi médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....La asociación professional de la industria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H9. ¿Cuánto cree usted que las personas u organizaciones listadas más abajo le darían una recomendación clara acerca de cómo resolver un problema de seguridad de los alimentos?

Nada en absoluto
Algo
Mucho

	Not at all	Somewhat	A lot
a.....Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Centros para la prevención y el control de enfermedades (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Mi médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....USDA (Departamento de Agricultura).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H10. ¿Está usted de ACUERDO o en DESACUERDO con cada una de las siguientes delcaraciones?

	Agree	Disagree	Neither agree nor disagree
a.....Los alimentos que compro no son seguros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Los medicamentos que compro son seguros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Los medicamentos que compro son efectivos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Las vacunas que recibo son seguras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Las vacunas que recibo son efectivas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Los cosméticos pasan pruebas antes de ponerlos a la venta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....La comida para mascotas es segura para los animals que la consumen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Mi equipo medico se puede usar sin riesgo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Mi equipo medico funciona bien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I: Usted y su hogar

11. ¿Qué edad tiene usted?

			Años
--	--	--	------

12. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Escoja solo una de las siguientes opciones:

Empleado

Desempleado

Ama de casa

Estudiante

Retirado

Discapacitado

Otro-Especifique →

--

13. ¿Ha prestado usted alguna vez servicio activo en las fuerzas armadas, en la Reserva militar o en la Guardia Nacional de los EE.UU.? Servicio activo no incluye entrenamiento en las Reservas o en la Guardia Nacional, pero INCLUYE la activación, por ejemplo, para la guerra del Golfo Pérsico.

Sí, ahora estoy en servicio activo

Sí, estuve en servicio activo durante los últimos 12 meses pero no ahora

Sí, estuve en servicio activo en el pasado pero no durante los últimos 12 meses

No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional

No, nunca presté servicio militar

15. ¿Cuál es su estado civil?

Casado/a

Unión libre

Divorciado/a

Viudo/a

Separado/a

Soltero/a, nunca he estado casado/a

16. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

- Menos de 8 años
- De 8 a 11 años
- 12 años o escuela secundaria completa
- Formación después de la escuela secundaria, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- Algún tiempo en la universidad
- Graduado de la universidad
- Postgraduado

17. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí → **VAYA A LA PREGUNTA 19 más abajo**
- No

18. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

--	--	--	--	--

 Año

19. ¿Cuán bien habla usted inglés?

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Nada en lo absoluto

110. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a, o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

Escoja una o más.

- No, ni hispano/a, latino/a ni de origen español
- Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a
- Sí, portorriqueño/a
- Sí, cubano/a
- Sí, de otro origen hispano/a, latino/a o español

I11. ¿Cuál es su raza? Una o más categorías pueden ser seleccionadas.

Escoja Una o más.

- Blanca
- Negra o afro-americana
- India Americana o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra raza de las islas del Pacífico

I12. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

Número de personas

I13. **Empezando con usted**, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años de edad o mayor que viva en esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
USTED MISMO/A	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 2	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 3	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 4	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 5	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
	<input type="checkbox"/> Femenino		

I14. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

Número de niños menores de 18 años de e

I15. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

- Casa propia
- Renta
- Ocupa un lugar sin pagar renta

I16. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- Sí
- No

I17. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

- Sí
 No

I18. Pensando en los miembros de su familia que viven en este hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, los ingresos totales antes de impuestos de todas las fuentes de ganancia en el último año?

- \$0 a \$9,999
 \$10,000 a \$14,999
 \$15,000 a \$19,999
 \$20,000 a \$34,999
 \$35,000 a \$49,999
 \$50,000 a \$74,999
 \$75,000 a \$99,999
 \$100,000 a \$199,999
 \$200,000 o más

I18. Usted se considera ...

- Heterosexual
 Homosexual, o gay o lesbiana
 Bisexual
 Algo diferente -Specify →

I19. Vive usted en el mismo hogar que alguien que usa productos de tabaco?

- Sí
 No

I20. ¿Cuánta personas en su hogar usan productos de tabaco?

Número de consumidores de tabaco

I21. ¿Es usted sordo/a o tiene graves dificultades para oír?

- Sí
 No

I22. ¿Es usted ciego/a o tiene graves dificultades para ver, aunque use lentes?

- Sí
 No

I23. A causa de una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad severa para concentrarse, para recordar cosas o para tomar decisiones?

- Sí
 No

I24. ¿Tiene usted dificultad severa para caminar o subir las escaleras?

- Sí
 No

I25. ¿Tiene usted dificultades para vestirse o para bañarse?

- Sí
 No

I26. A causa de una condición física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultad haciendo cosas por sí mismo/a, tales como ir al médico o ir de compras?

- Sí
 No

I27. About how long did it take you to complete the survey?

Write a number in one box below.

Minutes Hours

I28. At which of the following types of addresses does your household currently receive residential mail?

Mark all that apply.

- A street address with a house or building number
 An address with a rural route number
 A U.S. post office box (P.O. Box)

A commercial mail box establishment (such as Mailboxes R Us, and Mailboxes Etc.)

¡Gracias!

- ▶ Por favor, devuelva este cuestionario en el sobre con franqueo pagado dentro de un
- ▶ plazo de 2 semanas.
- ▶ Si ha perdido el sobre, envíe el cuestionario completo a:

HINTS Study, TC 1046F
Westat
1600 Research Boulevard
Rockville, MD 20850