



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 04 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584  
Exp. xx/xx/xxxx

## HCHS/SOL- Visit 2- Tobacco Use Questionnaire

ID NUMBER:

FORM CODE: TBS  
VERSION: 1, 1/14/2014

Contact Occasion   SEQ #

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:   /   /     0b. Staff ID:

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

*Las siguientes preguntas se refieren al tabaco y al uso de tabaco.*

### A. Cigarette Smoking

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

No 0  → **GO TO QUESTION 10**  
Sí 1

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

Edad en años

Nunca fumó cigarrillos de manera regular

3. ¿ACTUALMENTE, fuma usted cigarrillos diariamente, algunos días o no fuma en absoluto?

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

### B. Smoke Daily

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?

Cigarrillos al día *if = 1 o fewer per day* → **GO TO QUESTION 8a**

### C. Smoke Some Days

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

Número de días

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

Cigarrillos al día *if = 1 o fewer per day* → **GO TO QUESTION 8a**

**D. Currently Smoke Not at All**

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

Edad en años

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

Por consejo del médico 1

Por razones de salud, iniciado por usted mismo incluyendo precaución con respeto a las enfermedades 2

Por presión de otras personas, sin incluir el médico 3

Otra 4

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

**E. Smoking Cessation**

8. ¿Alguna vez le ha dado un doctor alguna terapia de reemplazo de nicotina para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina?

No 0

Sí, usándola actualmente 1

Sí, la use en el pasado 2

9. ¿Alguna vez ha usado alguna terapia de reemplazo de nicotina sin receta médica para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina sin receta?

No 0

Sí, usándola actualmente 1

Sí, la use en el pasado 2

10. ¿Alguna vez ha participado en terapia de comportamiento o grupo para ayudarle dejar de fumar?

No 0

Sí 1

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

Cigarillos al día (*if = 1 or fewer per day*)

**F. Products other than cigarettes**

12. En los últimos 30 días, ¿usó alguno de los siguientes? Si contestó que sí, ¿cuántos días los utilizó?

12.a. ¿Fumó tabaco utilizando una pipa de agua o Hookah?

No 0   
Sí 1

12.a.1. ¿Cuántos días?

12.b. ¿Usó tabaco de mascar, para escupir, tabaco en húmedo (snus) o seco (Copenhagen, Skoal, Grizzly)?

No 0   
Sí 1

12.b.1. ¿Cuántos días?

12.c. ¿Fumó cigarrillos electrónicos o "e- cigarette" (Blu, V2)?

No 0   
Sí 1

12.c.1. ¿Cuántos días?

12.d. ¿Fumó puro (tabaco), puritos o puros de sabores (Black & Mild, Swisher Sweets)?

No 0   
Sí 1

12.d.1. ¿Cuántos días?

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

Ninguna 0   
1 persona 1   
2 personas 2   
3 personas 3   
4 personas o más 4

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

Horas a la semana