

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

[DISPLAY]

Formulario aprobado  
Número de OMB 0920-0923  
Fecha de caducidad 03/31/2017

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

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

---

#### TEMAS DEL CUESTIONARIO

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

---

#### SECCIÓN A: PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN

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

\_\_\_\_\_ Número de días

#### SECCIÓN B: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO

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

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

\_\_\_\_\_ Número de cigarrillos

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

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

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

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

\_\_\_\_\_ Número de veces

[ASK C1 of ALL RESPONDENTS]

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

\_\_\_\_\_ Número de veces

**C1a.**

Durante los **últimos 4 meses**, ¿cuántos días trató de dejar de fumar? Usando el cursor, haga clic en cada uno de los días que no fumó cigarrillos porque estaba tratando de dejar de fumar. Su mejor estimado es suficiente.

Por favor haga clic en cada fecha que no fumó porque estaba tratando de dejar de fumar. **Si usted no intentó dejar de fumar ningún día** en los últimos cuatro meses, seleccione 'No intenté' en la parte de abajo.

Month	Week of.	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
September	Sept. 16, 2013	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22
	Sept. 23, 2013	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29
	Sept. 30, 2013	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
October	Oct. 7, 2013	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13
	Oct. 14, 2013	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20
	Oct. 21, 2013	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27
	Oct. 28, 2013	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Month	Week of.	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
November	Nov. 4, 2013	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	Nov. 11, 2013	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17
	Nov. 18, 2013	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24
	Nov. 25, 2013	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1
December	Dec. 2, 2013	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
	Dec. 9, 2013	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15
	Dec. 16, 2013	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22
	Dec. 23, 2013	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29
	Dec. 30, 2013	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Month	Week of.	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
January	Jan. 6, 2014	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	11	12
<input type="checkbox"/> Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above								

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December –Diciembre                      Dec. – Dic.

Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above. – No intenté dejar de fumar ningún día durante las semanas arriba mencionadas.

]

**C1b.**

En los últimos 4 meses, ¿durante alguna de las semanas que se listan a continuación dejó de fumar por completo por lo menos un día porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos?

Por favor haga clic en cada semana que no fumó porque estaba tratando de dejar de fumar por lo menos un día. **Si usted no intentó dejar de fumar por lo menos un día** durante las siguientes semanas en los últimos cuatro meses, seleccione 'No intenté' en la parte de abajo.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely for at least one day in this week
September	Sept. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Sept. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Sept. 30, 2013	30	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
October	Oct. 7, 2013	7	8	9	10	11	12	13	<input type="checkbox"/>
	Oct. 14, 2013	14	15	16	17	18	19	20	<input type="checkbox"/>
	Oct. 21, 2013	21	22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>
	Oct. 28, 2013	28	29	30	31	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely for at least one day in this week
November	Nov. 4, 2013	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
	Nov. 11, 2013	11	12	13	14	15	16	17	<input type="checkbox"/>
	Nov. 18, 2013	18	19	20	21	22	23	24	<input type="checkbox"/>
	Nov. 25, 2013	25	26	27	28	29	30	1	<input type="checkbox"/>
December	Dec. 2, 2013	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
	Dec. 9, 2013	9	10	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>
	Dec. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Dec. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above									

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

Quit smoking entirely at least one day in this week – Dejó de fumar por completo por lo menos un día en esta semana

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December –Diciembre                      Dec. – Dic.

Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above. – No intenté dejar de fumar ningún día durante las semanas arriba mencionadas.]

**C1c.**

¿En qué días trató de dejar de fumar durante estas semanas en los últimos 4 meses? Usando el cursor, haga clic en cada uno de los días que **no fumó** cigarrillos **porque estaba tratando de dejar de fumar**. Su mejor estimado es suficiente.

**Si usted no intentó dejar de fumar ningún día** durante las siguientes semanas en los últimos cuatro meses, seleccione 'No intenté' en la parte de abajo.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
September	Sept. 16, 2013	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22
	Sept. 23, 2013	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29
	Sept. 30, 2013	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
October	Oct. 7, 2013	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13
	Oct. 14, 2013	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20
	Oct. 21, 2013	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27
	Oct. 28, 2013	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
November	Nov. 4, 2013	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
	Nov. 11, 2013	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17
	Nov. 18, 2013	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24
	Nov. 25, 2013	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1
December	Dec. 2, 2013	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8
	Dec. 9, 2013	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15
	Dec. 16, 2013	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22
	Dec. 23, 2013	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29
	Dec. 30, 2013	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
January	Jan. 6, 2014	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	11	12
<input type="checkbox"/> Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above								

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December –Diciembre                      Dec. – Dic.

Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above. – No intenté dejar de fumar ningún día durante las semanas arriba mencionadas                      ]

**C1d\_1.** ¿Usó cigarrillos electrónicos por lo menos un día durante alguna de las siguientes semanas en los últimos 4 meses?

**Si usted no usó cigarrillos electrónicos** durante alguna de las siguientes semanas, seleccione 'No intenté' en la parte de abajo.



Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used an e-cigarette on at least one day
September	Sept. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Sept. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Sept. 30, 2013	30	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
October	Oct. 7, 2013	7	8	9	10	11	12	13	<input type="checkbox"/>
	Oct. 14, 2013	14	15	16	17	18	19	20	<input type="checkbox"/>
	Oct. 21, 2013	21	22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>
	Oct. 28, 2013	28	29	30	31	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used an e-cigarette on at least one day
November	Nov. 4, 2013	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
	Nov. 11, 2013	11	12	13	14	15	16	17	<input type="checkbox"/>
	Nov. 18, 2013	18	19	20	21	22	23	24	<input type="checkbox"/>
	Nov. 25, 2013	25	26	27	28	29	30	1	<input type="checkbox"/>
December	Dec. 2, 2013	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
	Dec. 9, 2013	9	10	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>
	Dec. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Dec. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Did not use any e-cigarettes during any of the weeks listed above									

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December –Diciembre                      Dec. – Dic.

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

Did not use any e-cigarettes during any of the weeks listed above. – No usé ningún cigarrillo electrónico durante las semanas arriba mencionadas

]

**C1d\_2.** ¿Usó algún otro producto de tabaco además de cigarrillos o cigarrillos electrónicos por lo menos un día durante alguna de las siguientes semanas en los últimos 4 meses?

**Si usted no usó ningún otro producto de tabaco además de cigarrillos o cigarrillos electrónicos** durante alguna de las siguientes semanas, seleccione 'No intenté' en la parte de abajo.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day
September	Sept. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Sept. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Sept. 30, 2013	30	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
October	Oct. 7, 2013	7	8	9	10	11	12	13	<input type="checkbox"/>
	Oct. 14, 2013	14	15	16	17	18	19	20	<input type="checkbox"/>
	Oct. 21, 2013	21	22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>
	Oct. 28, 2013	28	29	30	31	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc) on at least one day
November	Nov. 4, 2013	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>
	Nov. 11, 2013	11	12	13	14	15	16	17	<input type="checkbox"/>
	Nov. 18, 2013	18	19	20	21	22	23	24	<input type="checkbox"/>
	Nov. 25, 2013	25	26	27	28	29	30	1	<input type="checkbox"/>
December	Dec. 2, 2013	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>
	Dec. 9, 2013	9	10	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>
	Dec. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>
	Dec. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>
	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Did not use any other tobacco products during the weeks listed above									

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab  
Sun – Dom  
September – Septiembre  
October – Octubre  
November – Noviembre  
December –Diciembre            Dec. – Dic.

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

Did not use any other tobacco products during any of the weeks listed above. – No usé ningún otro producto de tabaco durante las semanas arriba mencionadas]

**C1e.**

Para cada semana en la lista a continuación, tenemos 3 preguntas:

- 1) ¿Dejó de fumar durante una semana por lo menos un día porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos?
- 2) ¿Usó un cigarrillo electrónico por lo menos un día durante la semana?
- 3) ¿Usó cualquier otro producto de tabaco además de cigarrillos o cigarrillos electrónicos (tal como puros, pipa de agua “hookah” o productos de tabaco sin humo) por lo menos un día durante la semana?

Seleccione todas las semanas que correspondan en cada columna. **Si usted no realizó un comportamiento en particular durante todas las semanas**, seleccione la opción de 'No intenté' que corresponda en la parte de abajo.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely at least one day	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc.) on at least one day
September	Sept. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sept. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sept. 30, 2013	30	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
October	Oct. 7, 2013	7	8	9	10	11	12	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oct. 14, 2013	14	15	16	17	18	19	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oct. 21, 2013	21	22	23	24	25	26	27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oct. 28, 2013	28	29	30	31	1	2	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Quit smoking entirely at least one day	Used an e-cigarette on at least one day	Used any other tobacco product (cigar, hookah, smokeless, etc.) on at least one day
November	Nov. 4, 2013	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nov. 11, 2013	11	12	13	14	15	16	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nov. 18, 2013	18	19	20	21	22	23	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nov. 25, 2013	25	26	27	28	29	30	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
December	Dec. 2, 2013	2	3	4	5	6	7	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dec. 9, 2013	9	10	11	12	13	14	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dec. 16, 2013	16	17	18	19	20	21	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dec. 23, 2013	23	24	25	26	27	28	29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dec. 30, 2013	30	31	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above									<input type="checkbox"/>		
Did not use an e-cigarette on at least one day during any of the weeks above										<input type="checkbox"/>	
Did not use any tobacco product other than a cigarette or e-cig during any of the weeks above											<input type="checkbox"/>

[TRANSLATION FOR TABLE LABELS:

Month - Mes

Week of - Semana de:

Mon – Lun

Tues – Mar

Wed – Mie

Thurs – Jue

Fri – Vie

Sat – Sab

Sun – Dom

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December –Diciembre                      Dec. – Dic.

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

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

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

Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above. – No intenté dejar de fumar ningún día durante las semanas arriba mencionadas

Did not use any e-cigarettes on at least a day during any of the weeks above. – No usé ningún cigarrillo electrónico en ningún día durante las semanas arriba mencionadas

Did not use any tobacco product other than cigarette or e-cig during any of the weeks above. – No usé ningún otro producto de tabaco además de cigarrillos regulare o electrónicos durante las semanas arriba mencionadas]

[ASK C3 OF ALL RESPONDENTS]

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

**C3a.** \_\_\_\_\_[ENTER NUMBER]

**C3b.** [DROP BOX FOR UNITS]

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

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

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

[PRESENT IN RANDOM ORDER]

[ANSWER ALL]

Seleccione

1. Sí
2. No

**C4\_1.** Dejó de fumar cigarrillos por completo

**C4\_2.** Redujo gradualmente la cantidad de cigarrillos

**C4\_3.** Cambió **completamente** a cigarrillos electrónicos tales como Blu o NJOY

**C4\_4.** Substituyó algunos de los cigarrillos regulares por cigarrillos electrónicos

**C4\_5.** Cambió a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos

**C4\_6.** Usó reemplazos de nicotina como parches de nicotina o goma de mascar de nicotina

**C4\_7.** Usó medicamentos como Zyban o Chantix

**C4\_8.** Obtuvo ayuda de una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar

**C4\_9.** Obtuvo ayuda de un sitio web tal como Smokefree.gov

**C4\_10.** Obtuvo ayuda de un doctor o de otro profesional médico

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

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

[PRESENT AS GRID IN RANDOM ORDER, ASK ALL]

1. Sí
2. No

**C5\_1.** Un miembro de la familia o amigo(a) me animó a tratar de dejar de fumar

**C5\_2.** Los comerciales de televisión, anuncios de radio u otros tipos de anuncios que se enfocan en las consecuencias a la salud debidas al hábito de fumar

**C5\_3.** Mi doctor u otro profesional médico me aconsejaron tratar de dejar de fumar

**C4\_4.** Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

**C5\_4.** Otro, especificar \_\_\_\_\_

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

1. Sí
2. No

[IF C6=1, ASK C6\_1 AND C7]

**C6\_1.** Durante los últimos **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] meses**, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con su proveedor de cuidado dental (dentista, higienista dental, ortodoncista, cirujano oral, cualquier otro especialista dental) sobre su hábito de fumar o sobre dejar de fumar?

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

**C6a.** ¿Desea dejar de fumar cigarrillos por completo?

1. Sí
2. No [FILL C7b=1, GO TO C9]

[ASK C7B IF C6A=1]

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

**C14.** Cuando está con amistades cercanas,...

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

**C15.** Cuando está con familiares cercanos,...

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

### **Preguntas sobre cigarrillos electrónicos**

Las siguientes preguntas son sobre productos de vapor electrónicos. Estos son dispositivos que generalmente contienen un líquido con nicotina que se vaporiza y se inhala. También los puede conocer como cigarrillos electrónicos, vapeadores, pipa de agua (*hookah*), pipa de agua electrónica (*e-hookahs*), puros electrónicos, vapeadores electrónicos. Algunos ejemplos de marcas, Blu, NJOY, Vuse, MarkTen, y Starbuzz.

**B8.** ¿Alguna vez ha usado productos de vapor electrónicos, aunque sea una sola vez?

1. Sí
2. No

[IF B8=1 ASK B9]

**B9.** ¿Actualmente usa productos de vapor electrónicos”...

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

**B9\_date.** ¿Hace cuánto tiempo probó un producto de vapor electrónico por primera vez?

1. Hace 1 a 2 semanas
2. Hace 2 a 4 semanas
3. Hace 1 a 3 meses
4. Hace 3 a 6 meses
5. Hace 6 a 12 meses
6. Hace más de 1 año

[IF B9=1 ASK B9A AND B9B]

**B9a.** ¿Normalmente usa productos de vapor electrónicos desechables, un producto de vapor electrónico que usa cartuchos o un producto de vapor electrónico que usa tanques?

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

1. Productos de vapor electrónicos desechables
2. Productos de vapor electrónicos que usan cartuchos
3. Productos de vapor electrónicos que usan tanques

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

\_\_\_\_\_ [ENTER NUMBER]

[IF B8=1 ASK B10 & B11]

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

[SELECT ALL THAT APPLY, PRESENT RANDOMLY]

Sí      No

- B10\_1.** Cuestan menos que otras formas de tabaco [PATH]
- B10\_2.** Se pueden usar en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares
- B10\_3.** Pueden hacerme menos daño que los cigarrillos regulares
- B10\_4.** Pueden hacer menos daño a las personas a mi alrededor que los cigarrillos regulares
- B10\_5.** Los productos de vapor electrónicos vienen en sabores que me gustan
- B10\_6.** Los productos de vapor electrónicos me pueden ayudar a dejar de fumar cigarrillos regulares
- B10\_7.** Los productos de vapor electrónicos me pueden ayudar a reducir el número de cigarrillos regulares que fumo.
- B10\_8.** Los productos de vapor electrónicos no tienen olor
- B10\_9.** Usar cigarrillos electrónicos se siente igual que fumar cigarrillos regulares
- B10\_10.** Los productos de vapor electrónicos no molestan a las personas que no usan tabaco
- B10\_11.** Me atraen los anuncios de los productos de vapor electrónicos
- B10\_12.** Me ayudan a controlar el deseo de fumar.
- B10\_13.** Tengo un amigo o familiar que me sugirió usar productos de vapor electrónicos como una manera para dejar de fumar.
- B10\_14.** Tenía curiosidad sobre los productos de vapor electrónicos
- B10\_15.** Otro, especificar\_\_\_\_\_

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

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

[IF B9 = 3, ASK B11a]

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

OPEN-ENDED\_\_\_\_\_

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

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

OPEN-ENDED\_\_\_\_\_

[ASK B12 IF B9=1 or 2]

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

1. Sí
2. No

**B12a.** ¿Usa productos de vapor electrónicos en alguno de los siguientes lugares?

1. Sí
2. No

[ANSWER ALL, RANDOMIZE ORDER]

**B12a\_1.** Restaurantes o bares

**B12a\_2.** Tiendas o centros comerciales

**B12a\_3.** Aviones

**B12a\_4.** Playas, parques u otros lugares al aire libre

**B12a\_5.** En su automóvil u otro tipo de vehículo

**B12a\_6.** En su hogar

**B12a\_7.** En algún otro lugar, especifique \_\_\_\_\_

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

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

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

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

[ASK C6 & C7 OF ALL SMOKERS]

### **USO DE UNA LÍNEA TELEFÓNICA DE AYUDA Y CONOCIMIENTO**

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

[IF C20=1, ASK C20a]

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

1. Sí
2. No

**SECCIÓN D: ACTITUDES Y CREENCIAS RELACIONADAS CON DEJAR DE FUMAR**

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

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

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

[RANDOMIZE ORDER]

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

**Piensa dejar de fumar**

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

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

[RANDOMIZE ORDER]

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

**Preocupación sobre la salud**

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

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

[RANDOMIZE ORDER]

**D10.** Me molesto cuando pienso en mi hábito de fumar tabaco.

**D11.** Estoy decepcionado(a) conmigo mismo(a) porque fumo tabaco.

**D12.** Me molesto cuando escucho o leo sobre las enfermedades causadas por fumar tabaco.

**D13.** Me molestan las advertencias sobre los riesgos a la salud debidos a fumar tabaco.

**D14.** Fumar tabaco va a empeorar seriamente mi calidad de vida en el futuro.

**D16.** Los fumadores deben tomar en serio las advertencias sobre fumar cigarrillos y el cáncer del pulmón.

**D17.** En una escala de 1 a 5, donde 1 es una “prioridad baja” y 5 es una “prioridad alta”, ¿cómo calificaría la prioridad en su vida de dejar de fumar?

1. Prioridad baja
- 2.
- 3.
- 4.
5. Prioridad alta

### **Percepción de riesgo**

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

**D18.** Fumar tabaco puede dañar su cuerpo de inmediato.

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

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

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

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

[RANDOMIZE ORDER]

1	2
Sí	No

**D21\_1.** Cáncer del pulmón

**D21\_2.** Cáncer de la boca o garganta

**D21\_3.** Enfermedad cardíaca

**D21\_4.** Diabetes

**D21\_5.** Enfisema

**D21\_6.** Embolia cerebral

**D21\_7.** Orificio en la garganta (estoma o traqueotomía)

**D21\_8.** Enfermedad de Buerger

**D21\_9.** Amputaciones (de extremidades);

**D21\_10.** Asma

- D21\_11. Cálculos biliares
- D21\_12. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica
- D21\_13. Enfermedad periodontal o de las encías
- D21\_14. Parto prematuro
- D21\_15. Cáncer colorectal

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

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

### **SECCIÓN E: HUMO DE SEGUNDA MANO**

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

1. Sí
2. No

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

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

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

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

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

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

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

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

### **SECCIÓN F: USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Sí
2. No

[IF F13=1 ASK F13a]

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

1. Sí
2. No



**F14.** En los últimos **3 meses**, es decir desde [FILL DATE], ¿ha visto o escuchado algún anuncio de medicamentos o productos para ayudar a las personas a dejar de fumar como Chantix, parches de nicotina o goma de mascar de nicotina?

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

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

[RANDOMIZE ORDER]      1      2  
                                 Sí      No

**F17\_1.** TIPS FROM A FORMER SMOKER (CONSEJOS DE EXFUMADORES)

**F17\_2.** TRUTH (VERDAD)

**F17\_3.** BECOME AN EX (CONVIERTASE EN EXFUMADOR)

**F17\_4.** EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE (CADA CIGARRILLO LE HACE DAÑO)

**F17\_5.** TOBACCO FREE LIVING (VIVIR LIBRE DE TABACO)

[IF F17\_1=1, ASK F18]

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

1      2  
Sí      No

[RANDOMIZE]

**F18\_1.** En televisión

**F18\_2.** En radio

**F18\_3.** En periódicos o revistas

**F18\_4.** En Internet

**F18\_5.** Carteles u otros anuncios al aire libre

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

1. Sí
2. No

## **EXPOSICIÓN Y REACCIÓN A LOS ANUNCIOS DE TELEVISIÓN**

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

[SHOW AD\_x]

**F21\_x.** ¿Pudo ver este video?

1. Sí
2. No

[IF F21\_x=2, GO TO F23\_x]

[ASK F23\_x IF F21\_x=2]

**F23\_x.** Ahora nos gustaría mostrarle algunas imágenes de anuncios de televisión que se han mostrado en los Estados Unidos. Una vez que haya visto las imágenes a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY STORYBOARD IMAGES FOR AD\_x]

**F24\_x.** ¿Ha visto este anuncio en televisión o en Internet en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Sí
2. No

[IF F24\_x = 1, ASK F24a\_x\_TV]

**F24a\_x\_TV.** En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en televisión?

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

[IF F24\_x = 1, ASK F24a\_x\_COMPUTER]

**F24a\_x\_COMPUTER.** En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una computadora portátil o de escritorio?

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

[IF F24\_x = 1, ASK F24a\_x\_MOBILE]

**F24a\_x\_MOBILE.** En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

1. Nunca

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

[IF F24a\_x\_COMPUTER = 1, ASK F24d\_x]

**F24d\_x.** Anteriormente usted indicó haber visto este anuncio ya sea en una computadora portátil o de escritorio. Cuando vio este anuncio en su computadora,...

1. Sí
2. No

**F24d\_x\_1.** ¿Notó el anuncio en el sitio web que estaba visitando?

**F24d\_x\_2.** ¿Buscó el anuncio en YouTube, Google u otro buscador en Internet?

[SHOW F25\_x – F28\_x FOR FIRST 3 ADS ONLY]

**F25\_x.** Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

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

[RANDOMIZE ORDER]

**F25a\_x.** Vale la pena recordar este anuncio.

**F25b\_x.** Este anuncio me llamó la atención.

**F25c\_x.** Este anuncio es de gran impacto.

**F25d\_x.** Este anuncio es informativo.

**F25e\_x.** Este anuncio tiene significado para mí.

**F25f\_x.** Este anuncio convence.

**F25g\_x.** Este anuncio es ridículo.

**F25h\_x.** Este anuncio es terrible.

**F25i\_x.** Este anuncio fue difícil de ver.

**F26\_x.** En una escala del 1 al 5, donde 1 significa “nada” y 5 significa “mucho”, por favor indique qué tanto le hizo sentir este anuncio...

	1	2	3	4	5
[RANDOMIZE ORDER]	<u>Nada</u>				<u>Mucho</u>

**F26a\_x.** Tristeza

**F26b\_x.** Miedo

**F26c\_x.** Irritación

**F26d\_x.** Vergüenza

**F26e\_x.** Desilusión

**F26f\_x.** Esperanza

**F26g\_x.** Motivación

**F26h\_x.** Comprensión

**E26i\_x.** Enojo

**F28\_x.** ¿Este anuncio le haría desear dejar de fumar?

1. Sí
2. No

[DISPLAY: Ahora, nos gustaría que vea otro anuncio.]

[REPEAT ABOVE SEQUENCE OF QUESTIONS FOR EACH OF THE NEXT 2 ADS SHOWN]

[ASK F28a IF ANY F24\_x=1]

Para las siguientes preguntas, piense en todos los anuncios que acaba de ver y los que recuerde haber visto en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses.

**F28a.** En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] meses**, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**, ¿ha dejado de fumar un cigarrillo cuando lo iba a hacer debido a estos anuncios? Diría que....

1. Nunca
2. Una vez
3. Unas pocas veces
4. Muchas veces

[ASK F30 IF ANY F24\_x=1]

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

1. Sí
2. No

[IF F30=1, ASK F31]

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

1. Sí
2. No

[ASK F31\_x IF ANY F24\_x=1]

**F31\_x.** ¿Al ver estos anuncios tuvo ganas de hacer algo de lo siguiente?

[ANSWER ALL, RANDOMIZE]

1. Dejar de fumar
2. Fumar menos cigarrillos
3. Usar productos de vapor electrónicos
4. Cambiar a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos
5. Usar productos de reemplazo de nicotina como parches de nicotina o goma de mascar de nicotina
6. Usar medicamentos como Zyban o Chantix
7. Llamar a una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar

8. Visitar un sitio Web (en Internet) tal como Smokefree.gov o CDC.gov/Tips
9. Hablar con un doctor o con un profesional de la salud sobre dejar de fumar

### **EXPOSICIÓN A ANUNCIOS DE RADIO**

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

[PLAY RADIO AD CHOSEN]

**F32\_x.** ¿Pudo escuchar este anuncio?

1. Sí
2. No

[IF F32\_x=2, GO TO F34]

[ASK F34\_x IF F32\_x=2]

**F34\_x.** Ahora nos gustaría mostrarle el guion de un anuncio de radio que se ha transmitido en los Estados Unidos. Una vez que haya leído el guion a continuación, por favor haga clic en la fecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY SCRIPT FOR RADIO AD]

**F35\_x.** ¿Ha escuchado este anuncio en el radio en los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses, desde **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Sí
2. No

[IF F35\_x=1, ASK F35a\_x]

**F35a\_x.** En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha escuchado este anuncio en el radio?

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

### **EXPOSICIÓN A ANUNCIOS, MATERIAL IMPRESO Y FUERA DEL HOGAR**

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

[SHOW IMAGE “Online Compilation.jpg”]

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

[SHOW IMAGE “Print Compilation.jpg”]

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

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

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

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

1. Sí
2. No

[IF F36=1, ASK F37]

**F37.** ¿En dónde vio estos anuncios?

1. Sí
2. No

[RANDOMIZE]

**F37\_1.** Revistas o publicaciones impresas

**F37\_2.** Sitios Web en Internet

**F37\_3.** Lugares públicos tales como paradas de autobús, interiores de autobuses, boletines al aire libre, etc.

### **CONOCIMIENTO DE LOS ANUNCIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS**

**F38\_x.** Ahora nos gustaría que vea una serie de imágenes de las pantallas de **[FILL # ADS]** anuncios de televisión que se han mostrado en los Estados Unidos. Una vez que haya visto las imágenes a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

[DISPLAY STORYBOARD IMAGES FOR E-CIG AD\_x]

**F38\_x.** ¿Ha visto este anuncio en televisión o en Internet en los últimos **3 meses**, desde [FILL DATE]?

1. Sí
2. No

[IF F38\_x = 1, ASK F38a\_x\_TV]

**F38a\_x\_TV.** En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en televisión?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces

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

[IF F38\_x = 1, ASK F38a\_x\_COMPUTER]

**F38a\_x\_COMPUTER.** En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una computadora portátil o de escritorio?

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

[IF F38\_x = 1, ASK F38a\_x\_MOBILE]

**F38a\_x\_MOBILE.** En los últimos **3 meses**, ¿con qué frecuencia (qué tan seguido) ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

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

**F41\_x.** Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

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

[RANDOMIZE ORDER]

**F41a\_x.** Vale la pena recordar este anuncio.

**F41b\_x.** Este anuncio me llamó la atención.

**F41c\_x.** Este anuncio es de gran impacto.

**F41d\_x.** Este anuncio es informativo.

**F41e\_x.** Este anuncio tiene significado para mí.

**F41f\_x.** Este anuncio convence.

**F42\_x.** Por favor díganos si está muy de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo o muy en desacuerdo con las siguientes declaraciones.

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

[RANDOMIZE ORDER]

**F42a\_x.** [IF B8=2, EVER\_ECIG=NO)] Este anuncio hace que me den ganas de probar un producto de vapor electrónico.

**F42b\_x.** Este anuncio hace que me den ganas de cambiar a un producto de vapor electrónico por completo y dejar de fumar cigarrillos regulares.

**F42c\_x.** Este anuncio hace que me den ganas de usar productos de vapor electrónicos para fumar menos cigarrillos regulares.

**F42d\_x.** Este anuncio hace que me den ganas de usar productos de vapor electrónicos en lugares en donde normalmente no se pueden fumar cigarrillos regulares.

**F42e\_x.** Quiero un cigarrillo en este momento.

## **SECCIÓN G: PREGUNTAS FINALES**

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

[ASK G1 OF ALL RESPONDENTS]

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

\_\_ Número de niños

[IF SAMPLE = ABS, ASK G5]

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

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

[IF SAMPLE = ABS, ASK G6]

La siguiente pregunta es sobre el ingreso total DE SU HOGAR en los **ÚLTIMOS 12 MESES**. Por favor incluya su ingreso **MÁS** el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (incluyendo una pareja que viva en su hogar y miembros de las fuerzas armadas que vivan en el hogar). Por favor, cuente el ingreso **ANTES DE IMPUESTOS** y de todas las fuentes (tal como sueldos, salarios, propinas, ganancias de un negocio, intereses,



dividendos, manutención infantil (child support), pensión por divorcio (alimony) y seguro social, asistencia pública, jubilaciones o beneficios de retiro).

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

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

[IF G6=1, ASK G6a]

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

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

[IF G6=2, ASK G6b]

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

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

[IF SAMPLE = ABS OR SSI, ASK G7]

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

1. Casado(a)
2. Viudo(a)
3. Divorciado(a)

4. Separado(a)
5. Nunca se ha casado
6. Vive con una pareja

[IF SAMPLE = ABS OR SSI, ASK G8]

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

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

[ASK G9 OF ALL RESPONDENTS]

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

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

[ASK G15 OF ALL RESPONDENTS]

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

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

[RANDOMIZE, WITH “SOMETHING ELSE” ALWAYS LAST]

- G15\_1.** Enfermedad de reflujo ácido/gástrico
- G15\_2.** Trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD)
- G15\_3.** Trastorno de ansiedad
- G15\_4.** Asma, bronquitis crónica o COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- G15\_5.** Cáncer (cualquier tipo excepto cáncer de la piel)
- G15\_6.** Dolor crónico (tal como dolor de espalda, cuello o fibromialgia)
- G15\_7.** Depresión
- G15\_8.** Diabetes
- G15\_9.** Ataque al corazón
- G15\_10.** Enfermedad cardíaca
- G15\_11.** Presión arterial alta
- G15\_12.** Colesterol alto
- G15\_13.** VIH/SIDA
- G15\_14.** Enfermedad del riñón

- G15\_15. Trastorno de salud mental
- G15\_16. Esclerosis múltiple
- G15\_17. Osteoartritis, dolor o inflamación de las articulaciones
- G15\_18. Osteoporosis u osteopenia
- G15\_19. Artritis reumatoide
- G15\_20. Alergias de la temporada
- G15\_21. Cáncer de la piel
- G15\_22. Trastorno del sueño tal como apnea o insomnio
- G15\_23. Embolia cerebral
- G15\_24. Algo diferente

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

1. Sí
2. No

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

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

[ASK G22 OF ALL RESPONDENTS]

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

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

G20a. Normalmente pruebo nuevos productos antes que otras personas.

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

G20c. Cuando voy de compras busco las cosas nuevas.

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

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

[IF KP ACTIVE, DISPLAY]:

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

[IF KP ACTIVE, DISPLAY]:

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

[IF ABS, DISPLAY]:

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

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

Nombre (Primer/Apellido): [TEXTBOX]

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

Ciudad: [TEXTBOX]

Estado: [TEXTBOX]

Código postal: [TEXTBOX]