

SMOKER FOLLOW-UP SURVEYS (WAVES 2-5) IN SPANISH

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).

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

C2a. Durante los últimos 6 meses, es decir desde [INDIQUE LA FECHA DE INICIO], ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?

_____ Número de veces

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

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	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 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.

¿Fuma usted productos electrónicos a vapor al menos un día durante cualquiera de las últimas semanas en los últimos 4 meses?

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

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)

C3c. En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguno de los siguientes medicamentos para dejar de fumar: parche de nicotina para la piel, goma de mascar ('chicle') de nicotina, pastillas de nicotina, rocío nasal o comprimido sin nicotina, inhalador de nicotina, o pastillas como Wellbutrin, Zyban, Bupropion, Chantix o Vareniclina?

1. Sí
2. No

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

Seleccione

1. Sí 2. No

C4_1. Dejó de fumar cigarrillos por completo

C4_2. Redujo gradualmente la cantidad de cigarrillos

C4_3. ¿Ha cambiado **completamente** a productos electrónicos a vapor como e-cigarrillos, lapiceros a vapor, lapiceros con forma de pipa turca o 'hookah', 'e-hookahs', cigarros electrónicos, pipas electrónicas o vaporizadores electrónicos?

C4_4. ¿Ha sustituido alguno de sus cigarrillos usuales con productos electrónicos a vapor como cigarrillos electrónicos, lapiceros a vapor, lapiceros con forma de pipa turca o 'hookah', 'e-hookahs', cigarros electrónicos, pipas electrónicas, o vaporizadores electrónicos?

C4_5. Cambió a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos

C4_6. ¿Ha usado suplementos de nicotina como el parche de nicotina, el chicle de nicotina, pastillas de nicotina, rocío nasal o comprimido sin nicotina o un inhalador de nicotina?

C4_7. ¿Ha usado medicamentos como Wellbutrin, Zyban, Bupropion, Chantix o Vareniclina?

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

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

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 _____

C5a. Durante los últimos 6 meses, es decir desde [COMPLETE LA FECHA], ¿ha conversado con cualquiera de los siguientes tipos de médicos o profesionales de la salud acerca de dejar de fumar?

Sí No

C5a_1. Médico de atención primaria

C5a_2. Enfermera

C5a_3. Asistente del Médico o Enfermera Profesional

C5a_4. Farmacéutico

C5a_5. Dentista o higienista dental

C5a_6. Oculista, Optometrista u Oftalmólogo

C5a_7. Terapeuta o psicólogo

C6a. ¿Desea dejar de fumar cigarrillos por completo?

1. Sí
2. No

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 próximos 7 días,
2. En los próximos 30 días,
3. En los próximos 6 meses,
4. En el proximo año ó
5. Después de más de un año a partir de ahora,
6. No planea dejar de fumar cigarrillos del todo
7. No está seguro/Incierto

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

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 3 a 4 semanas
3. Hace 1 a 3 meses
4. Hace 4 a 6 meses
5. Hace 7 a 12 meses
6. Hace más de 1 año

B9a.

Usualmente, ¿utiliza usted productos electrónicos a vapor descartables, un producto electrónico a vapor que usa cartuchos recargables, o un producto electrónico a vapor que usa depósitos rellenables?

Por favor indique el tipo de cigarillo electrónico **que usa más**:

1. Producto electrónico a vapor descartable
2. Producto electrónico a vapor que usa cartuchos recargables
3. Producto electrónico a vapor que usa depósitos rellenables

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]

B9c.

¿Dónde consigue o compra los productos electrónicos a vapor que usted ha usado?

Sí No

B9c_1. Una estación de gasolina o tienda de 24 horas

B9c_2. Un supermercado

B9c_3. Una farmacia

B9c_4. Un quiosco en un centro comercial

B9c_5. Por la internet

B9c_6. Una tienda que vende productos electrónicos a vapor o ‘tienda de vape’

B9c_7. Algún otro lugar

B9c_8. Un miembro de la familia

B9c_9. Un amigo

B9c_10. Alguna otra persona que no es ni familia ni amigo

B9d.

¿Cuál de esas es la forma principal en la que usted consigue sus productos electrónicos a vapor?

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]?

1. Sí 2. 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]?

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 _____

B11b. En promedio, ¿cómo cuántos [FILL “productos de vapor electrónicos desechables” IF B9a=1]; [FILL “productos de vapor electrónicos de cartuchos” IF B9a=2]; [FILL “productos de vapor electrónicos de tanque” IF B9a=3] usa actualmente a la semana?
OPEN-ENDED _____

B12. ¿Usa productos de vapor electrónicos en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares?
1. Sí
2. No

B12a. ¿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]?

1. Sí 2. No

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 _____

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)

-
- B14.** ¿Quiere dejar de fumar productos electrónicos a vapor del todo?
1. Sí, después de haber dejado de fumar cigarrillos exitosamente
 2. Sí, pero continuaré fumando cigarrillos
 3. No

- B15.** Planea usted dejar de fumar productos electrónicos a vapor....
1. En los próximos 7 días,
 2. En los próximos 30 días,
 3. En los próximos 6 meses,
 4. En el próximo 1 año, o
 5. Después de más de un año a partir de ahora,
 6. No planeo dejar de fumar productos electrónicos a vapor del todo
 7. No está seguro/Incierto

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

- 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

- C22.** En los últimos 3 meses, ¿recibió alguno de los siguientes medicamentos gratis de la línea de ayuda para dejar de fumar (1-800-784-8669 o 1-800-QUIT-NOW): parches de nicotina, chicle, pastillas, rocío nasal, inhalador, o pastillas como: Wellbutrin, Zyban, Bupropion, Chantix, o vareniclina?
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

- 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

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

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...?

1. Sí 2. 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
D21_16. Degeneración macular o ceguera

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 es que el respirar humo de tabaco ajeno cause que los no fumadores tengan asma, infecciones o daño pulmonar?

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/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?
1. Sí
 2. No

- F13a.** ¿Ha visitado el sitio web 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?

1. Sí 2. 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)

F18. ¿En dónde ha visto o escuchado sobre la campaña TIPS/CONSEJOS?
1. Sí 2. No

- 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

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.

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

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)

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

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)

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?

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

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
Nada				Mucho

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

F27_x.

¿Este anuncio le haría desear dejar de fumar?

1. Sí
2. No

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

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

1. Sí
2. No

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

F31_x. ¿Al ver estos anuncios tuvo ganas de hacer algo de lo siguiente?

1. Dejar de fumar
2. Reducir el número de cigarrillos que fumo
3. Usar productos electrónicos a vapor
4. Cambiar a suave o usar alguna otra marca de cigarrillos
5. Usar reemplazos de nicotina como el parche de nicotina, el chicle de nicotina, pastillas de nicotina, rocío nasal sin nicotina o el inhalador de nicotina
6. Usar medicamentos como Wellbutrin, Zyban, Bupropion, Chantix, o Vareniclina
7. Llamar a una línea de asistencia para dejar de fumar
8. Visitar una página en la internet como: Smokefree.gov ó CDC.gov/Tips
9. Hablar con un médico u otro 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. Pueda 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

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.

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

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).

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

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

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

- F37.** ¿En dónde vio estos anuncios?
[RANDOMIZE]
1. Sí 2. No
- 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.

F38_x.

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

1. Sí
2. No

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)

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)

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

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

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 producto de vapor electrónico por completo y dejar de fumar cigarrillos regulares.

F42c_x. Este anuncio hace que me den ganas de usar producto de vapor electrónicos para fumar menos cigarrillos regulares.

F42d_x. Este anuncio hace que me den ganas de usar producto 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

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

_____ Número de niños

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Sí 2. No

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

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

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]**