

## NONSMOKER FOLLOW-UP SURVEY (WAVES 2-4) IN SPANISH

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

### Cuestionario Para Personas no Fumadorasde 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).

NA4\_x

La última vez que fumó un cigarrillo, aunque solo haya sido una o dos probadas, ¿fue...?

1. Durante las últimas 24 horas
2. Durante los últimos 7 días
3. Durante los últimos 30 días
4. Durante los últimos 3 meses
5. Durante los últimos 6 meses
6. Durante el último 1 año
7. Durante los últimos 5 años
8. Durante los últimos 10 años
9. Durante los últimos 15 años
10. Hace más de 15 años

NA4.

¿Alguna vez fumó cigarrillos, aunque haya sido solo una probada, en los últimos **12 meses**?

1. Sí
2. No

**NA5.**

¿Ha dejado de fumar cigarrillos por completo en los últimos 6 meses?

1. Sí
2. No

## SECCIÓN B: PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN

**NB2.** 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

**NB2a.** 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

**NB1.** 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

**NC1b.** 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?

| 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

September – Septiembre

October – Octubre

November – Noviembre

December – Diciembre

Dec. – Dic.

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

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]

**NC1c.**

¿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]

**NC1d\_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]

**NB3.** ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó un cigarrillo?

**NB3a.** \_\_\_\_\_[ENTER NUMBER]

**NB3b.** [DROP BOX FOR UNITS]

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

**NB3c.** 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

**NB4.**

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

Seleccione

1. Sí    2. No

**NB4\_1.** Dejó de fumar cigarrillos por completo

**NB4\_2.** Redujo gradualmente la cantidad de cigarrillos

**NB4\_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?

**NB4\_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?

**NB4\_5.** Cambió a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos

**NB4\_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?

**NB4\_7.** ¿Ha usado medicamentos como Wellbutrin, Zyban, Bupropion, Chantix o Vareniclina?

**NB4\_8.** Obtuvo ayuda de una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar

**NB4\_9.** Obtuvo ayuda de un sitio web tal como Smokefree.gov

**NB4\_10.** Obtuvo ayuda de un doctor o de otro profesional médico

**NB5.**

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

**NB5\_1.** Un miembro de la familia o amigo(a) me animó a tratar de dejar de fumar

**NB5\_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

**NB5\_3.** Mi doctor u otro profesional médico me aconsejaron tratar de dejar de fumar

**NB4\_4.** Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

**NB5\_4.** Otro, especificar \_\_\_\_\_

**NB5a.**

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

**NB5a\_1.** Médico de atención primaria

**NB5a\_2.** Enfermera

**NB5a\_3.** Asistente del Médico o Enfermera Profesional

**NB5a\_4.** Farmacéutico

**NB5a\_5.** Dentista o higienista dental

**NB5a\_6.** Oculista, Optometrista u Oftalmólogo

**NB5a\_7.** Terapeuta o psicólogo

## 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.

- NB8.** ¿Alguna vez ha usado productos de vapor electrónicos aunque sea una sola vez?
1. Sí
  2. No

- NB9.** ¿Actualmente usa productos de vapor electrónicos...?
1. Todos los días
  2. Algunos días
  3. Nunca

- NB9\_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

- NB9a.** 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 cigarrillo 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

**NB9b.**

En promedio, ¿cómo cuántos [FILL “productos de vapor electrónicos desechables” IF NB9a=1]; [FILL “productos de vapor electrónicos de cartuchos” IF NB9a=2]; [FILL “productos de vapor electrónicos de tanque” IF NB9a=3] usa actualmente a la semana?

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

**NB9c.**

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

Sí No

**NB9c\_1.** Una estación de gasolina o tienda de 24 horas

**NB9c\_2.** Un supermercado

**NB9c\_3.** Una farmacia

**NB9c\_4.** Un quiosco en un centro comercial

**NB9c\_5.** Por la internet

**NB9c\_6.** Una tienda que vende productos electrónicos a vapor o ‘tienda de vape’

**NB9c\_7.** Algún otro lugar

**NB9c\_8.** Un miembro de la familia

**NB9c\_9.** Un amigo

**NB9c\_10.** Alguna otra persona que no es ni familia ni amigo

**NB9d.**

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

[DISPLAY LIST]

**NB10.**

¿Alguna de las siguientes es una razón por la que usted [IF NB9=3, FILL: usó productos de vapor electrónicos por primera vez; IF NB9=1 OR 2, FILL: usa productos de vapor electrónicos actualmente]?

1. Sí    2. No

**B10\_1.** Cuestan menos que otras formas de tabaco [PATH]

**NB10\_2.** Se pueden usar en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares

**NB10\_3.** Pueden hacerme menos daño que los cigarrillos regulares

**NB10\_4.** Pueden hacer menos daño a las personas a mi alrededor que los cigarrillos regulares

**NB10\_5.** Los productos de vapor electrónicos vienen en sabores que me gustan

**NB10\_6.** Los productos de vapor electrónicos me pueden ayudar a dejar de fumar cigarrillos regulares

**NB10\_7.** Los productos de vapor electrónicos me pueden ayudar a reducir el número de cigarrillos regulares que fumo.

**NB10\_8.** Los productos de vapor electrónicos no tienen olor

**NB10\_9.** Usar productos de vapor electrónicos se siente igual que fumar cigarrillos regulares

**NB10\_10.** Los productos de vapor electrónicos no molestan a las personas que no usan tabaco

**NB10\_11.** Me atraen los anuncios de productos de vapor electrónicos

**NB10\_12.** Me ayudan a controlar el deseo de fumar.

**NB10\_13.** Tengo un amigo o familiar que me sugirió usar productos de vapor electrónicos como una manera para dejar de fumar.

**NB10\_14.** Tenía curiosidad sobre los productos de vapor electrónicos

**NB10\_15.** Otro, especificar \_\_\_\_\_

**NB11.**

¿Cuál de esas es la **razón principal por la que** [IF NB9=3, FILL: usó productos de vapor electrónicos la primera vez; IF NB9=1 or 2, FILL: actualmente usa productos de vapor electrónicos]?

[IF MORE THAN ONE ITEM SELECTED IN NB10, DISPLAY LIST OF ALL REASONS SELECTED IN NB10. IF ONLY ONE ITEM SELECTED IN NB10, FILL FOR NB11]

**NB11a.**

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 \_\_\_\_\_

**NB12.** ¿Usa productos de vapor electrónicos en lugares en donde no se permite el uso de cigarrillos regulares?

1. Sí
2. No

**NB12a.** ¿Usa productos de vapor electrónicos en alguno de los siguientes lugares?

1. Sí    2. No

**NB12a\_1.** Restaurantes o bares  
**NB12a\_2.** Tiendas o centros comerciales  
**NB12a\_3.** Aviones  
**NB12a\_4.** Playas, parques u otros lugares al aire libre  
**NB12a\_5.** En su automóvil u otro tipo de vehículo  
**NB12a\_6.** En su hogar  
**NB12a\_7.** En algún otro lugar, especifique \_\_\_\_\_

**NB13.** Según lo que usted sabe o cree, ¿usar productos de vapor electrónicos hace menos daño a su salud que 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 fumar cigarrillos regulares)

**NB14.** ¿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



- NB15.** 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

- NE9.** 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 de algún servicio con una línea telefónica de ayuda disponible para ayudar los fumadores?
1. Sí
  2. No

- NE9a.** En los últimos 3 meses, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha recomendado a algún miembro de la familia o amistades que fuman que llame a una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar?
1. Sí
  2. No

- NE10.** ¿Ha escuchado hablar de 1-800-QUIT-NOW?
1. Sí
  2. No

- NE10a.** En los últimos 3 meses, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha recomendado a algún miembro de la familia o amistades que fuman que llamen al 1-800-QUIT-NOW?
1. Sí
  2. No

**NE11.**

En los últimos tres meses, ¿recomendó a su familia o amigos que pregunten sobre los siguientes medicamentos gratis cuando llamen al 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. Yes
2. No

## SECCIÓN C: ACTITUDES Y CREENCIAS

### Normas sociales sobre fumar y humo de segunda mano

En las siguientes preguntas se le pide su opinión sobre fumar y usar tabaco.

**NC1\_1.**

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

1. Sí 2. No

- NC1\_1.** Cáncer del pulmón
- NC1\_2.** Cáncer de la boca o garganta
- NC1\_3.** Enfermedad cardíaca
- NC1\_4.** Diabetes
- NC1\_5.** Enfisema
- NC1\_6.** Embolia cerebral
- NC1\_7.** Orificio en la garganta (estoma o traqueotomía)
- NC1\_8.** Enfermedad de Buerger
- NC1\_9.** Amputaciones (de extremidades);
- NC1\_10.** Asma
- NC1\_11.** Cálculos biliares
- NC1\_12.** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o bronquitis crónica
- NC1\_13.** Enfermedad periodontal o de las encías
- NC1\_14.** Parto prematuro
- NC1\_15.** Cáncer colorectal
- NC1\_16.** Degeneración macular o ceguera

**NC2.**

¿Qué tan probable le parece que los fumadores padezcan una enfermedad relacionada al tabaco como resultado de fumar tabaco?

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

**NC4b.**

¿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

En las siguientes preguntas se le pide su opinión sobre el humo de los cigarrillos de otras personas.

**NC3.**

¿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

**NC4.**

¿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

**NC4a.**

¿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

**SECCIÓN D: HUMO DE SEGUNDA MANO Y COMUNICACIÓN CON PERSONAS DE SU EDAD**

**ND1.** Además de usted, ¿alguien más que viva en su hogar fuma cigarrillos actualmente?

1. Sí
2. No

**ND1a.** Durante los últimos 7 días, es decir, desde [COMPLETE LA FECHA], ¿cuántos días respiró vapor de alguna otra persona que estaba usando productos electrónicos a vapor en un lugar cerrado o abierto?  
\_\_\_\_\_ [# OF DAYS]

**ND4.** Durante los últimos 3 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con algún miembro de la familia o amistades sobre lo peligroso que es el fumar tabaco?

1. Sí
2. No

**ND5a.** Durante los últimos 3 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con un amigo(a) o algún miembro de la familia sobre dejar de fumar?

1. Sí
2. No

**NE10c.** En los últimos 3 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿le ha recomendado a algún miembro de la familia o amistades que hablen con el dentista o higienista dental sobre dejar de fumar?

1. Sí
2. No

**ND6.** Cuando está con amistades cercanas,...

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

**ND7.** Cuando está con familiares cercanos,...

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

## SECCIÓN E. USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN

**NE1.** 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

**NE2.** En un día típico, ¿cuántas horas escucha radio?

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

**NE3.** En un día típico, ¿cuántas horas usa Internet por razones personales?

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

**NE4.** ¿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)

**NE14.**

¿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

**NE14a.**

¿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

**NE14c.**

En los últimos 3 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿ha recomendado a algún miembro de la familia o amistades que fuman que visiten [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

**NE14d.**

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

**NE18.** En los últimos **[FILL # MESES 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

**NE18\_1.** TIPS FROM A FORMER SMOKER (CONSEJOS DE EXFUMADORES)

**NE18\_2.** TRUTH (VERDAD)

**NE18\_3.** BECOME AN EX (CONVIERTASE EN EXFUMADOR)

**NE18\_4.** EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE (CADA CIGARRILLO LE HACE DAÑO)

**NE18\_5.** TOBACCO FREE LIVING (VIVIR LIBRE DE TABACO)

**NE19.** ¿En dónde ha visto o escuchado sobre la campaña TIPS/CONSEJOS?

[RANDOMIZE]

1. Sí 2. No

**NE19\_1.** En televisión

**NE19\_2.** En radio

**NE19\_3.** En periódicos o revistas

**NE19\_4.** En Internet

**NE19\_5.** Carteles u otros anuncios al aire libre

**NE20.** 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.

**NF21\_x.**

¿Pudo ver este video?

1. Sí
2. No

**NF23\_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.

**NF24\_x.**

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

1. Sí
2. No

**NF24a\_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)

**NF24a\_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)

**NF24a\_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)

**NF24d\_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

**NF24d\_x\_1.** ¿Notó el anuncio en el sitio web que estaba visitando?

**NF24d\_x\_2.** ¿Buscó el anuncio en YouTube, Google u otro buscador en Internet?

**NF25\_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

**NF25a\_x.** Vale la pena recordar este anuncio.

**NF25b\_x.** Este anuncio me llamó la atención.

**NF25c\_x.** Este anuncio es de gran impacto.

**NF25d\_x.** Este anuncio es informativo.

**NF25e\_x.** Este anuncio tiene significado para mí.

**NF25f\_x.** Este anuncio convence.

**NF25g\_x.** Este anuncio es ridículo.

**NF25h\_x.** Este anuncio es terrible.

**NF25i\_x.** Este anuncio fue difícil de ver.

**NF26\_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...

[RANDOMIZE ORDER]

| 1    | 2 | 3 | 4 | 5     |
|------|---|---|---|-------|
| Nada |   |   |   | Mucho |

**NF26a\_x.** Tristeza

**NF26b\_x.** Miedo

**NF26c\_x.** Irritación

**NF26d\_x.** Vergüenza

**NF26e\_x.** Desilusión

**NF26f\_x.** Esperanza

**NF26g\_x.** Motivación

**NF26h\_x.** Comprensión

**NE26i\_x.** Enojo

**NF27\_x.**

¿Este anuncio haría que usted animara a un ser querido a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

**NF28\_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.

- NF29.** ¿Ver estos anuncios en televisión hace que usted desee animar a un ser querido a dejar de fumar?
1. Sí
  2. No

- NF30.** ¿Habló con alguien sobre alguno de estos anuncios?
1. Sí
  2. No

- NF31.** 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

### 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.

- NF32\_x.** ¿Pudo escuchar este anuncio?
1. Sí
  2. No

**NF34\_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.

[

**NF35\_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

**NF35a\_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.

**NF36.** 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

**NF37.** ¿En dónde vio estos anuncios?

1. Sí 2. No

**NF37\_1.** Revistas o publicaciones impresas  
**NF37\_2.** Sitios Web en Internet  
**NF37\_3.** Lugares públicos tales como paradas de autobús, interiores de autobuses, boletines al aire libre, etc.

## CONOCIMIENTO DE LOS ANUNCIOS DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS

**NF38\_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.

**NF38\_x.**

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

1. Sí
2. No

**NF38a\_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)

**NF38a\_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)

**NF38a\_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)



**NF41\_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

**NF41a\_x.** Vale la pena recordar este anuncio.

**NF41b\_x.** Este anuncio me llamó la atención.

**NF41c\_x.** Este anuncio es de gran impacto.

**NF41d\_x.** Este anuncio es informativo.

**NF41e\_x.** Este anuncio tiene significado para mí.

**NF41f\_x.** Este anuncio convence.

**NF42\_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

**NF42a\_x.** [IF B8=2, EVER\_ECIG=NO] Este anuncio hace que me den ganas de probar un producto de vapor electrónico.

**N42b\_x.** Quiero un cigarrillo en este momento.

**NF42b\_x.** Este anuncio hace que me den ganas de cambiar a producto de vapor electrónico por completo y dejar de fumar cigarrillos regulares.

**NF42c\_x.** Este anuncio hace que me den ganas de usar producto de vapor electrónicos para fumar menos cigarrillos regulares.

**NF42d\_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.

## SECCIÓN G: PREGUNTAS FINALES

**NG1.** ¿Cuántos niños de 17 años o menos viven en su hogar durante 6 meses o más al año?

\_\_\_\_\_ Número de niños

**NG5.** ¿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).

**NG6.** ¿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

**NG6a.** 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

**NG6b.** 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

**NG7.** ¿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

**NG8.** ¿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

**NG9.** ¿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

**NG15.** ¿Ha sido diagnosticado(a) por un médico u otra profesional médico calificado con cualquiera de las siguientes condiciones médicas?

1. Sí 2. No

- NG15\_1.** Enfermedad de reflujo ácido/gástrico
- NG15\_2.** Trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD)
- NG15\_3.** Trastorno de ansiedad
- NG15\_4.** Asma, bronquitis crónica o COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- NG15\_5.** Cáncer (cualquier tipo excepto cáncer de la piel)
- NG15\_6.** Dolor crónico (tal como dolor de espalda, cuello o fibromialgia)
- NG15\_7.** Depresión
- NG15\_8.** Diabetes
- NG15\_9.** Ataque al corazón
- NG15\_10.** Enfermedad cardíaca
- NG15\_11.** Presión arterial alta
- NG15\_12.** Colesterol alto
- NG15\_13.** VIH/SIDA
- NG15\_14.** Enfermedad del riñón
- NG15\_15.** Trastorno de salud mental
- NG15\_16.** Esclerosis múltiple
- NG15\_17.** Osteoartritis, dolor o inflamación de las articulaciones
- NG15\_18.** Osteoporosis u osteopenia
- NG15\_19.** Artritis reumatoide
- NG15\_20.** Alergias de la temporada
- NG15\_21.** Cáncer de la piel
- NG15\_22.** Trastorno del sueño tal como apnea o insomnio
- NG15\_23.** Embolia cerebral
- NG15\_24.** Algo diferente

**NG20.** ¿Usted o alguien en su hogar se conecta al Internet desde su hogar?

- 1. Sí
- 2. No

**NG21.** ¿Vive usted en un área metropolitana o no metropolitana (rural)?

- 1. No metropolitana (rural)
- 2. Suburbana
- 3. Urbana

**NG22.** 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

**NG20a.** Normalmente pruebo nuevos productos antes que otras personas.

**NG20b.** Con frecuencia pruebo nuevas marcas porque me gusta la variedad y me aburro con lo mismo de antes.

**NG20c.** Cuando voy de compras busco las cosas nuevas.

**NG20d.** Yo soy el primero de mis amigos(as) y familia en probar algo nuevo.

**NG20e.** Me gusta platicarles a los demás sobre nuevas marcas o tecnología.

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.

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.

**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]**