

**SMOKER WAVE A SURVEY, version 8/28/2015**

**Form Approved OMB  
No. 0920-XXXX  
Exp. Date XX/XX/20XX**

**Extended Evaluation of the National Tobacco Prevention and Control Public Education  
Campaign Smoker Questionnaire**

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 30 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0923).

**SUBJECTS FOR QUESTIONNAIRE**

SECTION A:           INTRODUCTORY QUESTIONS  
SECTION B:           TOBACCO USE QUESTIONS  
SECTION C:           SMOKING CESSATION  
SECTION D:           ATTITUDES AND BELIEFS RELATED TO CESSATION  
SECTION E:           SECONDHAND SMOKE  
SECTION F:           MEDIA USE AND AWARENESS  
SECTION G:           CLOSING QUESTIONS

---

**SECTION A: INTRODUCTORY QUESTIONS**

**A5.** During the past 30 days, that is since [DATE FILL], on how many days did you smoke cigarettes?  
\_\_\_\_\_ Number of Days

## SECTION B: TOBACCO USE QUESTIONS

The next few questions are about tobacco use and smoking cessation.

**B1.** On the average, about how many cigarettes a day do you now smoke?  
\_\_\_\_\_ Number of cigarettes

**B2.** On the days that you smoke, how soon after you wake up do you usually have your first cigarette? Would you say...

1. Within 5 minutes
2. 6-30 minutes
3. From more than 30 minutes to 1 hour
4. After more than 1 hour

The next few questions ask about your attempts to quit smoking regular cigarettes at different times over the past year. In answering, please think specifically about the timeframe for each question.

**C2.** During the **past 3 months**, how many times have you stopped smoking for one day or longer because you were trying to quit smoking cigarettes for good?  
\_\_\_\_\_ Number of times

**C2a.** During the **past 6 months**, that is since [FILL LAUNCH DATE], how many times have you stopped smoking for one day or longer because you were trying to quit smoking cigarettes for good?  
\_\_\_\_\_ Number of times

**C1.** During the past **12 months**, that is, since [DATE FILL], how many times have you stopped smoking for one day or longer because you were trying to quit smoking cigarettes for good?  
\_\_\_\_\_ Number of times

---

**C1b.** In the past 4 months, during any of the weeks listed below did you quit smoking entirely for at least one day because you were trying to quit smoking?

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Yes, quit for at least one day	No, did not quit for at least one day
August	August 3, 2015	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 10, 2015	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 17, 2015	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 24, 2015	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 31, 2015	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
September	September 7, 2015	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 14, 2015	14	15	16	17	18	19	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 21, 2015	21	22	23	24	25	26	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 28, 2015	28	29	30	1	2	3	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
October	October 5, 2015	5	6	7	8	9	10	11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 12, 2015	12	13	14	15	16	17	18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 19, 2015	19	20	21	22	23	24	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 26, 2015	26	27	28	29	30	31	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Yes, quit for at least one day	No, did not quit for at least one day

**C1c.** On which days did you try to quit smoking during these weeks over the past 4 months? Using your cursor, click on each day that you **did not smoke** cigarettes **because you were trying to quit smoking**. Your best guess is fine.

**If you did not try to quit smoking on any day** during the following weeks in the past four months, select the 'Did not' response below.

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
August	August 3, 2015	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	August 10, 2015	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16
	August 17, 2015	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23
	August 24, 2015	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30
	August 31, 2015	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
September	September 7, 2015	<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
	September 14, 2015	<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
	September 21, 2015	<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
	September 28, 2015	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
October	October 5, 2015	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11
	October 12, 2015	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18
	October 19, 2015	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
	October 26, 2015	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun
Did not try to quit smoking for at least one day during any of the weeks above								O

**C1d\_1.**

Did you use electronic vapor products on at least one day during any of the following weeks in the past 4 months?

Month	Week of:	Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Yes, used an electronic vapor product on at least one day	No, did not use an electronic vapor product on at least one day
August	August 3, 2015	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 10, 2015	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 17, 2015	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 24, 2015	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	August 31, 2015	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
September	September 7, 2015	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 14, 2015	14	15	16	17	18	19	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 21, 2015	21	22	23	24	25	26	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	September 28, 2015	28	29	30	1	2	3	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
October	October 5, 2015	5	6	7	8	9	10	11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 12, 2015	12	13	14	15	16	17	18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 19, 2015	19	20	21	22	23	24	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	October 26, 2015	26	27	28	29	30	31	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Mon	Tues	Wed	Thurs	Fri	Sat	Sun	Yes, used an electronic vapor product on at least one day	No, did not use an electronic vapor product on at least one day

**C3.** How long has it been since you last smoked a cigarette?

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

- C3b.**
1. Hours (0 – 24)
  2. Days (0 – 10)
  3. Weeks (0 – 26)
  4. Months (0 – 6)

**C3c.** In the past 12 months, have you used any of the following medications to help you quit smoking: nicotine skin patch, nicotine gum, nicotine lozenges, nicotine nasal spray, a nicotine inhaler, or pills such as Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline?

1. Yes
2. No

**C4.** When you last tried to quit smoking, did you do any of the following?

1. Yes 2. No

- C4\_1.** Give up cigarettes all at once
- C4\_2.** Gradually cut back on cigarettes
- C4\_3.** Switch **completely** to electronic vapor products such as e-cigarettes, vape-pens, hookah-pens, electronic hookahs (e-hookahs), electronic cigars (e-cigars), electronic pipes (e-pipes), or e-vaporizers
- C4\_4.** Substitute some of your regular cigarettes with electronic vapor products such as e-cigarettes, vape-pens, hookah-pens, electronic hookahs (e-hookahs), electronic cigars (e-cigars), electronic pipes (e-pipes), or e-vaporizers
- C4\_5.** Switch to mild or some other brand of cigarettes
- C4\_6.** Use nicotine replacements like the nicotine patch, nicotine gum, nicotine lozenges, nicotine nasal spray, or nicotine inhaler
- C4\_7.** Use medications like Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline
- C4\_8.** Get help from a telephone quit line
- C4\_9.** Get help from a website such as Smokefree.gov
- C4\_10.** Get help from a doctor or other health professional

**C5.** When you last tried to quit smoking, did any of the following motivate you to try to quit?

1. Yes 2. No

**C5\_1.** A family member or friend encouraged me to try to quit

**C5\_2.** Television commercials, radio ads, or other types of advertisements that focus on the health consequences of smoking

**C5\_3.** My doctor or other health professional advised me to quit smoking

**C5\_4.** Workplace restrictions on smoking

**C5\_5.** I wanted to improve my health.

**C5\_6.** Other, specify \_\_\_\_\_

**C5a.** During the past 6 months, that is since [FILL DATE], have you talked to any of the following types of doctors or health care professionals about quitting smoking?

1. Yes 2. No

**C5a\_1.** Primary care physician

**C5a\_2.** Nurse

**C5a\_3.** Physician's Assistant (PA) or Nurse Practitioner (NP)

**C5a\_4.** Pharmacist

**C5a\_5.** Dentist or dental hygienist

**C5a\_6.** Eye doctor, optometrist, or ophthalmologist

**C5a\_7.** Therapist, psychologist, psychiatrist

**C5a\_8.** Cardiologist

**C5a\_9.** Gastroenterologist or colorectal surgeon

**C6a.** Do you want to quit smoking cigarettes for good?

1. Yes

2. No

**C7b.** How much do you want to quit smoking? Would you say you want to quit...

1. Not at all

2. A little

3. Somewhat

4. A lot

- C9.** Do you plan to quit smoking for good...
1. In the next 7 days,
  2. In the next 30 days,
  3. In the next 6 months,
  4. In the next 1 year, or
  5. More than 1 year from now?
  6. I do not plan to quit smoking cigarettes for good
  7. Not sure/Uncertain

- C10.** If you decided to give up smoking altogether in the next 12 months, how likely do you think you would be to succeed? Would you say...
1. Extremely Likely
  2. Very Likely
  3. Somewhat Likely
  4. Very Unlikely
  5. Extremely Unlikely

- C11.** How much do you think your health would improve if you were to quit smoking?
1. Not at all
  2. A little
  3. Somewhat
  4. A lot

- C12.** How worried are you that smoking will damage your health in the future?
1. Not at all worried
  2. A little worried
  3. Somewhat worried
  4. Very worried

- C14.** Among close friends, do...
1. All of them smoke?
  2. Most of them smoke?
  3. Most of them not smoke?
  4. None of them smoke?

- C15.** Among close relatives, do...
1. All of them smoke?
  2. Most of them smoke?
  3. Most of them not smoke?
  4. None of them smoke?



## Electronic Vapor Product Questions

The next questions are about electronic vapor products. These are devices that usually contain a nicotine-based liquid that is vaporized and inhaled. You may also know them as e-cigarettes, vape-pens, hookah-pens, electronic hookahs (e-hookahs), electronic cigars (e-cigars), electronic pipes (e-pipes), or e-vaporizers. Some brand examples are Blu, NJOY, Vuse, MarkTen, and Starbuzz.

**B8.** Have you ever used electronic vapor products, even one time?

1. Yes
2. No

**B8a.** During the past 30 days, on how many days did you use electronic vapor products?

1. 0 days
2. 1 or 2 days
3. 3 to 5 days
4. 6 to 9 days
5. 10 to 19 days
6. 20 to 29 days
7. All 30 days

**B9.** Do you now use electronic vapor products...

1. Every day
2. Some days
3. Not at all

**B9\_date.** How long ago did you first try an electronic vapor product?

1. 1 to 2 weeks ago
2. 3 to 4 weeks ago
3. 1 to 3 months ago
4. 4 to 6 months ago
5. 7 to 12 months ago
6. More than 1 year ago

**B9a\_date.** How long have you been using electronic vapor products every day or some days?

1. 1 to 2 weeks
2. 3 to 4 weeks
3. 1 to 3 months
4. 4 to 6 months
5. 7 to 12 months
6. More than 1 year

---

**B9a.** Do you usually use disposable electronic vapor products, an electronic vapor product that uses refillable cartridges, or an electronic vapor product that uses refillable tanks?

Please indicate the type of electronic vapor product that you **use the most**.

1. Disposable electronic vapor products
2. Electronic vapor product that uses refillable cartridges
3. Electronic vapor product that uses refillable tanks

**B9b.** On average, about how many do you now use each week?

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

**B9b\_1.** When you use your electronic vapor product, does the liquid/contents contain nicotine?

1. Yes
2. No

**B9c.** Where did you get or buy the electronic vapor products that you have used?

**B9c\_1.** A gas station or convenience store

**B9c\_2.** A grocery store

**B9c\_3.** A drugstore

**B9c\_4.** A mall or shopping center kiosk/stand

**B9c\_5.** Over the Internet

**B9c\_6.** A store that sells electronic vapor products, such as a "vape shop"

**B9c\_7.** From a family member

**B9c\_8.** From a friend

**B9c\_9.** Some other person that is not a family member or a friend

**B9c\_10.** Mass merchandisers or supercenters like Walmart, Target, or Costco

**B9c\_11.** Other, specify \_\_\_\_\_

**B9d.** Which of those is the main way you usually get your electronic vapor products?

**B10.** Are any of the following a reason why you first tried/currently use electronic vapor products?

1. Yes 2. No

**B10\_1.** They cost less than other forms of tobacco [PATH]

**B10\_2.** They can be used in places where smoking cigarettes isn't allowed

**B10\_3.** They might be less harmful to me than regular cigarettes

**B10\_4.** They might be less harmful to people around me than regular cigarettes

**B10\_5.** Electronic vapor products come in flavors I like

**B10\_6.** Electronic vapor products can help me quit smoking regular cigarettes

**B10\_7.** Electronic vapor products can help me reduce the number of regular cigarettes I smoke

**B10\_8.** Electronic vapor products don't smell

**B10\_9.** Using an electronic cigarette/e-cigarette feels like smoking a regular cigarette

**B10\_10.** Electronic vapor products don't bother people who don't use tobacco

**B10\_11.** The advertising for electronic vapor products appeals to me

**B10\_12.** They help me deal with cravings to smoke

**B10\_13.** I have a friend or family member who suggested I use electronic vapor products as a way to quit smoking

**B10\_14.** I was curious about electronic vapor products

**B10\_15.** Other, specify \_\_\_\_\_

**B11.** Which of those is the **main reason** you first tried/currently use electronic vapor products?

**B11a.** You indicated previously that you have tried electronic vapor products before but do not currently use them. Using the text box below, tell us in a few words why you do not use electronic vapor products now.

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

**B11b.** You indicated previously that you currently smoke cigarettes and also currently use electronic vapor products. Using the text box below, tell us in a few words your reasons for not switching completely from regular cigarettes to electronic vapor products.

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

**B12.** Do you use electronic vapor products in places where smoking regular cigarettes is not allowed?

1. Yes
2. No

**B12a.** Do you use electronic vapor products in any of the following places?

1. Yes 2. No

**B12a\_1.** Restaurants or bars

**B12a\_2.** Stores or shopping malls

**B12a\_3.** Airplanes

**B12a\_4.** Beaches, parks, or other outdoor places

**B12a\_5.** In your car or other type of vehicle

**B12a\_6.** In your home

**B12a\_7.** Somewhere else, specify \_\_\_\_\_

**B13.** As far as you know or believe is the **use of electronic vapor products in combination with regular cigarettes** less harmful than smoking only regular cigarettes, more harmful than smoking only regular cigarettes, or equally as harmful as smoking only regular cigarettes?

Please indicate your answer on a scale of 1 to 5, where one is much less harmful, 3 is the same as regular cigarettes, and 5 is much more harmful.

1. (much less harmful than smoking only regular cigarettes)
2. (slightly less harmful than smoking only regular cigarettes)
3. (equally as harmful as smoking only regular cigarettes)
4. (slightly more harmful than smoking only regular cigarettes)
5. (much more harmful than smoking only regular cigarettes)

**B14.** Do you want to quit using electronic vapor products for good?

1. Yes, after I have successfully stopped smoking cigarettes
2. Yes, but I will continue to smoke cigarettes
3. No



- B15.** Do you plan to quit using electronic vapor products...
1. In the next 7 days,
  2. In the next 30 days,
  3. In the next 6 months,
  4. In the next 1 year, or
  5. More than 1 year from now?
  6. I do not plan to quit using electronic vapor products for good
  7. Not sure/Uncertain

**QUITLINE USE AND AWARENESS**

- C18.** A telephone quitline is a free telephone-based service that connects people who smoke cigarettes with someone who can help them quit. Are you aware of any telephone quitline services that are available to help you quit smoking?

1. Yes
2. No

- C20.** Have you heard of 1-800-QUIT-NOW?

1. Yes
2. No

- C20a.** Have you called 1-800-QUIT-NOW or any other telephone quit line in the past 3 months since **[FILL DATE]**?

1. Yes
2. No

- C22.** In the past 3 months, did you receive any of the following medications for free from the 1-800-QUIT-NOW smokers' quitline: nicotine patches, gum, lozenges, nasal spray, inhaler, or pills such as Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline?

1. Yes
2. No

## SECTION D: ATTITUDES AND BELIEFS RELATED TO CESSATION

The next few questions will ask about your opinions related to smoking, tobacco use, and cessation.

Please tell us if you strongly disagree, disagree, agree, or strongly agree with the following statements.

1. Strongly disagree
2. Disagree
3. Agree
4. Strongly agree

- D1.** Smoking cigarettes is pleasurable.
- D2.** Smoking cigarettes relieves tension.
- D3.** Smoking helps me concentrate and do better work.
- D4.** I would be more energetic right now if I didn't smoke.
- D5.** I'm embarrassed that I have to smoke.
- D6.** Smoking is hazardous to my health.
- D7.** Smoking is harmful to others around me.

### Thoughts About Quitting

Please tell us if you strongly disagree, disagree, agree, or strongly agree with the following statements.

1. Strongly disagree
2. Disagree
3. Agree
4. Strongly agree

- D8.** I am eager for a life without smoking.

### Worries About Health

Please tell us if you strongly disagree, disagree, agree, or strongly agree with the following statements.

1. Strongly disagree
2. Disagree
3. Agree
4. Strongly agree

- D10.** I get upset when I think about my smoking.
- D11.** I am disappointed in myself because I smoke.
- D12.** I get upset when I hear or read about illnesses caused by smoking.
- D13.** Warnings about the health risks of smoking upset me.
- D14.** Smoking will severely lower my quality of life in the future.
- D16.** Smokers should take warnings about cigarette smoking and lung cancer seriously.
- D17.** On a scale from 1 to 5 with 1 being the “lowest” and 5 being the “highest,” how would you rate quitting smoking as a priority in your life?

### Risk Perception

Please tell us if you strongly disagree, disagree, agree, or strongly agree with the following statement.

- D18.** Smoking can cause immediate damage to your body.

1. Strongly Agree
2. Agree
3. Disagree
4. Strongly Disagree

- D20.** How likely do you think you will develop a smoking-related disease as a result of smoking?

1. Extremely Likely
2. Very Likely
3. Somewhat Likely
4. Very Unlikely
5. Extremely Unlikely



**D21.** Do you believe cigarette smoking is related to

1. Yes 2. No

**D21\_1.** Lung Cancer  
**D21\_2.** Cancer of the mouth or throat  
**D21\_3.** Heart Disease  
**D21\_4.** Diabetes  
**D21\_5.** Emphysema  
**D21\_6.** Stroke  
**D21\_7.** Hole in throat (stoma or tracheotomy)  
**D21\_8.** Buerger's Disease  
**D21\_9.** Amputations (removal of limbs)  
**D21\_10.** Asthma  
**D21\_11.** Gallstones  
**D21\_12.** COPD or Chronic bronchitis  
**D21\_13.** Periodontal or Gum Disease  
**D21\_14.** Premature birth  
**D21\_15.** Colorectal Cancer  
**D21\_16.** Macular degeneration or blindness  
**D21\_17.** Depression  
**D21\_18.** Anxiety disorder

**E8b.** In your opinion, how likely is it that smoking will worsen medical complications from diabetes such as blindness, renal failure, or amputations worse?

1. Extremely likely
2. Very likely
3. Somewhat likely
4. Very unlikely
5. Extremely unlikely

**SECTION E: SECONDHAND SMOKE**

**E1.** Other than yourself, does anyone who lives in your home smoke cigarettes now?

1. Yes
2. No

**E7.** Do you think that breathing smoke from other people's cigarettes or from other tobacco products is...

1. Not at all harmful to one's health
2. Somewhat harmful to one's health
3. Very harmful to one's health

- E8a.** In your opinion, how likely is it that regularly breathing secondhand tobacco smoke would cause non-smokers to have asthma, infections, or lung damage?
1. Extremely likely
  2. Very likely
  3. Somewhat Likely
  4. Very unlikely
  5. Extremely unlikely

- E8b.** Not counting decks, porches, or garages, is smoking inside your home...
1. **Always** allowed
  2. Allowed only at **some** times or in **some** places
  3. Never allowed

- E9.** Are you seriously considering increasing restrictions on smoking in your household?
1. Definitely yes
  2. Probably yes
  3. Probably not
  4. Definitely not

## SECTION F: MEDIA USE AND AWARENESS

- F1.** On an average day, how much television do you watch?
1. None
  2. Less than one hour
  3. About 1 hour
  4. About 2 hours
  5. About 3 hours
  6. About 4 hours
  7. 5 hours or more

- F2.** On an average day, how many hours do you listen to the radio?
1. None
  2. Less than one hour
  3. About 1 hour
  4. About 2 hours
  5. About 3 hours
  6. About 4 hours
  7. 5 hours or more

**F3.** On an average day, how many hours do you use the Internet for personal reasons?

1. None
2. Less than one hour
3. About 1 hour
4. About 2 hours
5. About 3 hours
6. About 4 hours
7. 5 hours or more

**F4.** What type of Internet connection do you have for your home computer or other primary computer?

1. Cable/DSL/Broadband/High-Speed
2. Dial-Up
3. Not sure

**F13.** Have you heard of the Website [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips)?

1. Yes
2. No

**F13a.** Have you visited [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) in the past 5 months, since **[FILL DATE]**?

1. Yes
2. No

**F14.** In the past **5 months**, that is since [FILL DATE], have you seen or heard advertisements for medications or products to help people quit smoking such as Chantix, nicotine patches, or nicotine gums?

1. Never
2. Rarely
3. Sometimes
4. Often
5. Always

**F17.** In the past **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION]**, that is since **[FILL DATE]**, have you seen or heard of any ads on television or radio with the following themes or slogans?

1. Yes 2. No

**F17\_1.** TIPS FROM FORMER SMOKERS

**F17\_2.** TRUTH

**F17\_3.** BECOME AN EX

**F17\_4.** EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE

**F17\_5.** TOBACCO FREE LIVING

**F17\_6.** THE REAL COST

**F18.** Where have you seen or heard about the TIPS Campaign?

1. Yes 2. No

**F18\_1.** On TV

**F18\_2.** On the radio

**F18\_3.** In newspapers or magazines

**F18\_4.** On the Internet

**F18\_5.** Billboards or other outdoor ads

**F19\_1.** Have you seen any of the following Facebook pages or groups when you have been online in the past 5 months, since **[FILL DATE]**? Please select each page that you have seen

**F19\_1a.** Tips Facebook Page Image

**F19\_1b.** Unrelated Facebook Page Image

**F19\_1c.** Unrelated Facebook Page Image

**F19\_2.** Have you seen any of the following YouTube channels or pages when you have been online in the past 5 months, since [FILL DATE]? Please select each page that you have seen

- F19\_2a.** Tips YouTube Page Image
- F19\_2b.** Unrelated YouTube Page Image
- F19\_2c.** Unrelated YouTube Page Image

**F19\_3.** Have you seen any of the following Twitter pages when you have been online in the past 5 months, since [FILL DATE]? Please select each page that you have seen

- F19\_3a.** Tips Twitter Page Image
- F19\_3b.** Unrelated Twitter Page Image
- F19\_3c.** Unrelated Twitter Page Image

**F20.** Sometimes people use the Internet specifically for health-related reasons. In the past 30 days, have you used the Internet for any of the following reasons?

1. Yes 2. No

- F20\_1.** Looked for information about quitting smoking.
- F20\_2.** Looked for information about electronic vapor products (e.g., e-cigarettes, e-vaporizers)
- F20\_3.** Looked for information about nicotine replacement therapies (e.g., patches, gum, lozenges).
- F20\_4.** Downloaded a mobile App to help you quit smoking

**F21.** In the past 30 days, have you shared information via email, social media, blog or online forum/support group about any of the following?

1. Yes 2. No

- F21\_1.** How to quit smoking
- F21\_2.** CDC *Tips* campaign messages/videos
- F21\_3.** Electronic vapor products (e.g., e-cigarettes, e-vaporizers)
- F21\_4.** Nicotine replacement therapies (e.g., patches, gum, lozenges)

## Exposure and Reaction to TV Ads

Now, we would like you to view a series of advertisements that have been shown on television and online in the U.S. Please make sure your computer's volume is set to an appropriate level. You may be prompted by your computer to download a program enabling video playback. If the videos do not work, you'll still be able to see images and descriptions of the advertisements. When you are ready, please click on the link below to view the first advertisement. There is a total of [FILL # TOTAL ADS] ads to view. After you view each ad, there will be a few questions that ask about your opinions of the ad.

**F21\_x.** Were you able to view this video?

1. Yes
2. No

**F23\_x.** Now we would like to show you some screen shots from a television advertisement that has been shown in the U.S. Once you have viewed the images displayed below, please click on the forward arrow below to continue with the survey.

**F24\_x.** Have you seen this ad on television or online in the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** months, since **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Yes
2. No

**F24a\_x\_TV.** In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** months, how frequently have you seen this ad on television?

1. Never
2. Rarely
3. Sometimes
4. Often
5. Very often

**F24a\_x\_COMPUTER** . In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** months, how frequently have you seen this ad on a laptop or desktop computer?

1. Never
2. Rarely
3. Sometimes
4. Often

5. Very often

**F24a\_x\_**  
**MOBILE.**

In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] months**, how frequently have you seen this ad on a tablet or smartphone?

1. Never
2. Rarely
3. Sometimes
4. Often
5. Very Often

**F24d\_x.**

You previously indicated that you have seen this ad on either a laptop or desktop computer. When you saw this ad on your computer, did you...

1. Yes
2. No

**F24d\_x\_1.** Notice the ad on a Website that you were visiting?

**F24d\_x\_2.** Search for the ad on YouTube, Google, or other Internet search engine?

**F25\_x.**

Please tell us if you strongly disagree, disagree, neither agree nor disagree, agree, or strongly agree with the following statements.

1. Strongly disagree
2. Disagree
3. Neither agree nor disagree
4. Agree
5. Strongly agree

**F25a\_x.** This ad is worth remembering.

**F25b\_x.** This ad grabbed my attention.

**F25c\_x.** This ad is powerful.

**F25d\_x.** This ad is informative.

**F25e\_x.** This ad is meaningful to me.

**F25f\_x.** This ad is convincing.

**F25g\_x.** This ad is ridiculous.

**F25h\_x.** This ad is terrible.

**F25i\_x.** This ad was difficult to watch.





**F28\_3x.**

Please rate the overall tone of the ad on a scale from 1 (extremely negative) to 5 (extremely positive).

1. Not at all
2. Slightly
3. Moderately
4. Very
5. Extremely

For the next few questions, think about all of the advertisements you just viewed and recalled seeing in the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** months.

**F28a.**

In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] months**, since **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**, have these ads stopped you from having a cigarette when you were about to smoke one? Would you say...

1. Never
2. Once
3. A few times
4. Many times

**F30.**

Did you talk to anyone about any of these ads?

1. Yes
2. No

**F31.**

When you talked about the ads, did the person talking to you about the ads encourage you to stop smoking?

1. Yes
2. No

**F31\_x.** Did seeing these ads make you want to do any of the following?

1. Quit smoking
2. Cut back on the number of cigarettes I smoke
3. Use electronic vapor products, such as e-cigarettes, vape-pens, hookah-pens, electronic hookahs (e-hookahs), electronic cigars (e-cigars), electronic pipes (e-pipes), or e-vaporizers
4. Switch to mild or some other brand of cigarettes
5. Use nicotine replacements like the nicotine patch, nicotine gum, nicotine lozenges, nicotine nasal spray, or nicotine inhaler
6. Use medications like Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline
7. Call a telephone quitline
8. Visit a web site such as Smokefree.gov or CDC.gov/Tips
9. Talk to a doctor or other health professional about quitting

### **Exposure to Radio Ads**

Now, we would like you to listen to a radio advertisement that has aired in the U.S. Please make sure your computer's volume is set to an appropriate level. You may be prompted by your computer to download a program enabling audio playback. If you cannot hear the audio, you'll still be able to read a description of the advertisement. There is a total of **[FILL # TOTAL RADIO ADS]** radio ads to listen to. When you are ready, please click on the link below to listen to the ad. After you listen to the ad, there will be a few questions that ask about your recent recall of the ad.

**F32\_x.** Were you able to listen to this ad?

1. Yes
2. No

**F34\_x.** Now we would like to show you a script from a radio advertisement that has been shown in the U.S. Once you have read the script displayed below, please click on the forward arrow below to continue with the survey.

**F35\_x.** Have you heard this ad on the radio in the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** months, since **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**?

1. Yes
2. No

**F35a\_x.** In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH] months**, how frequently have you heard this ad on the radio?

1. Rarely
2. Sometimes
3. Often
4. Very Often

### **Exposure to Display, Print, and Out-of-Home**

Next, you will see some advertisements that have recently appeared in magazines, on websites, and on signs in areas such as bus shelters, bus interiors, billboards and other public places. There are 3 sets of images to view, followed by a few questions about whether you have seen these ads before. When you are ready to view them, please click "Next."

**F36.** In the past **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]**, since **[CAMPAIGN LAUNCH DATE]**, have you seen any of these ads in magazines, on Websites, or in public places outside your home?

1. Yes
2. No

**F37.** Where did you see these advertisements?

1. Yes 2. No

**F37\_1.** Magazines or print publications  
**F37\_2.** Websites online  
**F37\_3.** Public places such as bus shelters, bus interiors, outdoor bulletins, etc.

### **AWARENESS OF E-CIGARETTE ADS**

**F38\_x.** Now we would like to show you a series of screen shots from **[FILL # ADS]** television advertisements that have been shown in the U.S. Once you have viewed the images displayed below, please click on the forward arrow below to continue with the survey.

**F38\_x.** Have you seen this ad on television or online in the past **3 months**, since **[FILL DATE]**?

1. Yes
2. No

## SECTION G: CLOSING QUESTIONS

**G1.** How many children aged 17 or younger live in your household 6 months or more of the year?

\_\_\_\_\_ Number of Children

**G5.** What is the highest level of school you have completed?

1. No formal education
2. 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup>, 3<sup>rd</sup>, or 4<sup>th</sup> grade
3. 5<sup>th</sup> or 6<sup>th</sup> grade
4. 7<sup>th</sup> grade or 8<sup>th</sup> grade
5. 9<sup>th</sup> grade
6. 10<sup>th</sup> grade
7. 11<sup>th</sup> grade
8. 12<sup>th</sup> grade, no diploma
9. High school graduate – high school Diploma or the equivalent (GED)
10. Some college, no degree
11. Associate degree
12. Bachelor's degree
13. Master's degree
14. Professional or Doctorate degree

The next question is about the total income of YOUR HOUSEHOLD for the PAST 12 MONTHS. Please include your income PLUS the income of all members living in your household (including cohabiting partners and armed forces members living at home). Please count income BEFORE TAXES and from all sources (such as wages, salaries, tips, net income from a business, interest, dividends, child support, alimony, and Social Security, public assistance, pensions, or retirement benefits).

**G6.** Was your total HOUSEHOLD income in the past 12 months...

1. Below \$35,000
2. \$35,000 or more
3. Don't know

**G6a.** We would like to get a better estimate of your total HOUSEHOLD income in the past 12 months before taxes. Was it...

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

**G6b.** We would like to get a better estimate of your total HOUSEHOLD income in the past 12 months before taxes. Was it...

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

**G7.** Are you now married, widowed, divorced, separated, never married, or living with a partner?

1. Married
2. Widowed
3. Divorced
4. Separated
5. Never married
6. Living with a partner

**G8.** Which statement best describes your current employment status?

1. Working – as a paid employee
2. Working – self-employed
3. Not working – on temporary layoff from a job
4. Not working – looking for work
5. Not working – retired
6. Not working -- disabled
7. Not working – other

**G9.** How many smoking or tobacco related web surveys like this have you completed during the past year?

1. None
2. 1 survey
3. 2 surveys
4. 3 surveys
5. 4 surveys
6. 5 or more surveys

**G15.** Have you been diagnosed by a physician or other qualified medical professional with any of the following medical conditions?

1. Yes 2. No

- G15\_1.** Acid reflux disease
- G15\_2.** ADHD or ADD
- G15\_3.** Anxiety disorder
- G15\_4.** Asthma, chronic bronchitis, or COPD
- G15\_5.** Cancer (any type except skin cancer)
- G15\_6.** Chronic pain (such as low back pain, neck pain, or Fibromyalgia)
- G15\_7.** Depression
- G15\_8.** Diabetes
- G15\_9.** Heart attack
- G15\_10.** Heart disease
- G15\_11.** High blood pressure
- G15\_12.** High cholesterol
- G15\_13.** HIV/AIDS
- G15\_14.** Kidney disease
- G15\_15.** Mental health condition
- G15\_16.** Multiple sclerosis
- G15\_17.** Osteoarthritis, joint pain or inflammation
- G15\_18.** Osteoporosis or osteopenia
- G15\_19.** Rheumatoid arthritis
- G15\_20.** Seasonal allergies
- G15\_21.** Skin cancer
- G15\_22.** Sleep disorders such as sleep apnea or insomnia
- G15\_23.** Stroke
- G15\_24.** Something else

- G20.** Do you or anyone in this household connect to the Internet from home?
1. Yes
  2. No

- G21.** Do you live in a metro or non-metro area?
1. Non-metro (rural)
  2. Suburban
  3. Urban

- G22.** Using the scale below, please tell us how much you agree or disagree with the following statements.
1. Strongly agree
  2. Somewhat agree
  3. Neither agree nor disagree
  4. Somewhat disagree
  5. Strongly disagree
- G20a.** I usually try new products before other people do.
- G20b.** I often try new brands because I like variety and get bored with the same old thing.
- G20c.** When I shop I look for what is new.
- G20d.** I like to be the first among my friends and family to try something new.
- G20e.** I like to tell others about new brands or technology.

- G23.** Do you consider yourself to be...
1. Heterosexual or straight
  2. Gay
  3. Lesbian
  4. Bisexual
  5. Other, please specify\_\_\_\_\_

Thank you for completing today's survey. Your input will greatly help researchers assess the impact of television ads about quitting smoking.

You will be awarded [AMOUNT] bonus points credited to your KnowledgePanel account for completing the survey. A follow-up survey will be sent to you in about **[FILL # MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION]** and you will be awarded [AMOUNT] bonus points for completing that survey.

**ADD1.** Those are all of our questions. Thanks so much for your participation in our survey. As a token of our appreciation, we would like to send you [IF SAMPLE = KP WITHDRAWN, "\$15"; IF SAMPLE=ABS, "\$20"]. Would you please provide your name and mailing address so that we can put the check in the mail. This information will not be connected with your survey responses in any way.

After you have entered your information, please make sure to click "Next".

Name (First/Last): **[TEXTBOX]**

Street Address (If applicable, include unit number): **[TEXTBOX]**

City: **[TEXTBOX]**

State: **[TEXTBOX]**

Zip Code : **[TEXTBOX]**



**SMOKER WAVE A SURVEY IN SPANISH, version 8/28/2015**

**Formulario aprobado**

**OMB No. 0920-XXXX**

**Fecha de vencimiento [XX/XX/20XX](#)**

**Cuestionario para fumadores de la evaluación ampliado de la campaña de educación nacional de prevención y control de tabaco**

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

**TEMAS DEL CUESTIONARIO**

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

---

**SECCIÓN A: PREGUNTAS DE INTRODUCCIÓN**

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

## SECCIÓN B: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO

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

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

**B2.** En los días que fuma, ¿cuánto tiempo pasa normalmente después de que se despierta hasta que fuma su primer cigarrillo del día? ¿Diría usted 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 [FILL LAUNCH DATE], ¿cuántas veces ha dejado de fumar por un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos por completo?  
\_\_\_\_\_ 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

**C1b.** En los últimos **4 meses**, ¿durante alguna de las semanas que se listan a continuación dejó de fumar por completo por lo menos un día **porque estaba tratando de dejar de fumar cigarrillos?**

Mes	Semana del:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sí, deje de fumar por lo menos un día	No, no deje de fumar por lo menos un día
Agosto	3 de agosto de 2015	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10 de agosto de 2015	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	17 de Agosto de 2015	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	24 de agosto de 2015	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	31 de agosto de 2015	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Septiembre	7 de septiembre de 2015	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	14 de septiembre de 2015	14	15	16	17	18	19	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	21 de septiembre de 2015	21	22	23	24	25	26	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	28 de septiembre de 2015	28	29	30	1	2	3	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Octubre	5 de octubre de 2015	5	6	7	8	9	10	11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12 de octubre de 2015	12	13	14	15	16	17	18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	19 de octubre de 2015	19	20	21	22	23	24	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	26 de octubre de 2015	26	27	28	29	30	31	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sí, deje de fumar por lo menos un día	No, no deje de fumar por lo menos un día

**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.

Mes	Semana del:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Agosto	3 de agosto de 2015	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
	10 de agosto de 2015	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16
	17 de agosto de 2015	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23
	24 de agosto de 2015	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30
	31 de agosto de 2015	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Septiembre	7 de septiembre de 2015	<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
	14 de septiembre de 2015	<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
	21 de septiembre de 2015	<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
	28 de septiembre de 2015	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Octubre	5 de octubre de 2015	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 11
	12 de octubre de 2015	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 18
	19 de octubre de 2015	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 25
	26 de octubre de 2015	<input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 27	<input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31	<input type="checkbox"/> 1
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
No trató de dejar de fumar por lo menos durante un día en ninguna de las semanas anteriores								<b>O</b>

**C1d\_1.**

¿Usó productos electrónicos de vapor por lo menos un día durante alguna de las siguientes semanas en los últimos 4 meses?

Mes	Semana del:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sí, usé un producto electrónico de vapor por lo menos un día	No, no usé un producto electrónico de vapor por lo menos un día
Agosto	3 de agosto de 2015	3	4	5	6	7	8	9	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	10 de agosto de 2015	10	11	12	13	14	15	16	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	17 de agosto de 2015	17	18	19	20	21	22	23	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	24 de agosto de 2015	24	25	26	27	28	29	30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	31 de agosto de 2015	31	1	2	3	4	5	6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Septiembre	7 de septiembre de 2015	7	8	9	10	11	12	13	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	14 de septiembre de 2015	14	15	16	17	18	19	20	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	21 de septiembre de 2015	21	22	23	24	25	26	27	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	28 de septiembre de 2015	28	29	30	1	2	3	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Octubre	5 de octubre de 2015	5	6	7	8	9	10	11	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	12 de octubre de 2015	12	13	14	15	16	17	18	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	19 de octubre de 2015	19	20	21	22	23	24	25	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	26 de octubre de 2015	26	27	28	29	30	31	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sí, usé un producto electrónico por lo menos un día	No, no usé un producto electrónico de vapor por lo menos un día

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

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

- C3b.**
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 ayudarle a dejar de fumar: parches de nicotina para la piel, goma de mascar de nicotina, pastillas de nicotina que se disuelven en la boca, atomizador nasal, inhalador de nicotina o pastillas como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o varenicline?

1. Sí
2. No

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

1. Sí    2. No

- C4\_1.** Dejar de fumar cigarrillos por completo
- C4\_2.** Reducir gradualmente el número de cigarrillos que fuma
- C4\_3.** Cambiar a productos electrónicos de vapor **por completo** tales como cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, pipa de agua (hookah), pipa de agua electrónica (e-hookahs), puros electrónicos o vapeadores electrónicos.
- C4\_4.** Sustituir algunos cigarrillos regulares con productos electrónicos de vapor tales como cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, pipa de agua (hookah), pipa de agua electrónica (e-hookahs), puros electrónicos o vapeadores electrónicos.
- C4\_5.** Cambiar a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos
- C4\_6.** Usar productos de reemplazo de nicotina como parches, goma de mascar, pastillas que se disuelven en la boca, aerosol nasal o inhalador de nicotina
- C4\_7.** Usar medicamentos como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o varenicline
- 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, ¿fue motivado por alguien o algo de la lista a continuación para dejar de fumar?

1. Sí 2. No

**C5\_1.** Un miembro de su familia o amigo (a) le 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

**C5\_4.** Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

**C5\_5.** Quiero mejorar mi salud.

**C5\_6.** Otro, especificar \_\_\_\_\_

**C5a.** Durante los últimos 6 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con alguno de los siguientes tipos de doctores o profesionales médicos sobre dejar de fumar?

1. Sí 2. No

**C5a\_1.** Médico de atención primaria

**C5a\_2.** Enfermera(o)

**C5a\_3.** Asistente de médico (PA) o enfermera especializada (NP)

**C5a\_4.** Farmacéutico o boticario

**C5a\_5.** Dentista o higienista dental

**C5a\_6.** Oculista, optometrista u oftalmólogo

**C5a\_7.** Terapeuta, psicólogo, psiquiatra

**C5a\_8.** Cardiólogo

**C5a\_9.** Gastroenterólogo o cirujano colorectal

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

1. Sí
2. No

**C7b.** ¿Qué tantas ganas tiene de dejar de fumar? Diría que desea dejar de fumar. . .

1. Nada en lo absoluto
2. Un poco
3. Algo
4. Mucho

- C9.** ¿Planea dejar de fumar cigarrillos por completo...?
1. En los siguientes 7 días,
  2. En los siguientes 30 días,
  3. En los siguientes 6 meses,
  4. Durante el próximo año o
  5. Más de 1 año a partir de ahora?
  6. No planeo dejar fumar cigarrillos por completo
  7. No está seguro(a)

- C10.** Si usted decidiera dejar de fumar por completo en los siguientes 12 meses, ¿qué tan probable cree usted que sería lograrlo? ¿Diría usted 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 en lo absoluto
  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.** Entre sus amigos (as) cercanos (as)...
1. ¿Todos fuman?
  2. ¿La mayoría fuma?
  3. ¿La mayoría no fuma?
  4. ¿Ninguno fuma?

- C15.** Entre sus familiares cercanos...
1. ¿Todos fuman?
  2. ¿La mayoría fuma?
  3. ¿La mayoría no fuma?
  4. ¿Ninguno fuma?



---

### **Preguntas sobre productos electrónicos de vapor**

Las siguientes preguntas son sobre productos electrónicos de vapor. 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 electrónicos de vapor, aunque sea una sola vez?
1. Sí
  2. No

- B8a.** Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días usó productos electrónicos de vapor?
1. 0 días
  2. 1 o 2 días
  3. 3 a 5 días
  4. 6 a 9 días
  5. 10 a 19 días
  6. 20 a 29 días
  7. Todos los 30 días

- B9.** ¿Actualmente usa productos electrónicos de vapor...?
1. Todos los días
  2. Algunos días
  3. Nunca

- B9\_date.** ¿Hace cuánto tiempo probó un producto electrónico de vapor 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\_date.** ¿Cuánto tiempo lleva usando productos electrónicos de vapor todos los días o algunos días?
1. 1 a 2 semanas
  2. 3 a 4 semanas

3. 1 a 3 meses
4. 4 a 6 meses
5. 7 a 12 meses
6. Más de un año

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

Por favor indique el tipo de producto electrónico de vapor que usted **usa la mayor parte del tiempo.**

1. Producto electrónico de vapor desechable
2. Producto electrónico de vapor que usa cartuchos recargables
3. Producto electrónico de vapor que usa tanques recargables

**B9b.** ¿En promedio, como cuántos usa a la semana actualmente?  
\_\_\_\_\_ [ENTER NUMBER]

**B9b\_1.** Cuando usa un producto electrónico de vapor, ¿el líquido/contenido contiene nicotina?

1. Sí
2. No

**B9c.** ¿En dónde compró el producto electrónico de vapor que ha usado?

**B9c\_1.** Una gasolinera o tienda pequeña de abarrotes

**B9c\_2.** Una tienda de comestibles

**B9c\_3.** Una farmacia

**B9c\_4.** Quiosco/puesto en un mall o centro comercial

**B9c\_5.** En Internet

**B9c\_6.** Una tienda que vende productos de vapor electrónicos, tal como "vape shop"

**B9c\_7.** De un miembro de la familia

**B9c\_8.** De una amistad

**B9c\_9.** Alguna otra persona que no es miembro de la familia o una amistad

**B9c\_10.** Mayoristas o supercentros como Walmart, Target o Costco

**B9c\_11.** Otro, especifique \_\_\_\_\_

**B9d.** ¿De cuál de esas maneras es la forma principal como normalmente obtiene sus productos electrónicos de vapor?

**B10.** ¿Es alguna de las siguientes razones el motivo por el que probó por primera vez/actualmente usó productos electrónicos de vapor?

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 electrónicos de vapor vienen en sabores que me gustan

**B10\_6.** Los productos electrónicos de vapor me pueden ayudar a dejar de fumar cigarrillos regulares

**B10\_7.** Los productos electrónicos de vapor me pueden ayudar a reducir el número de cigarrillos regulares que fumo

**B10\_8.** Los productos electrónicos de vapor no tienen olor

**B10\_9.** Usar cigarrillos electrónicos se siente igual que fumar cigarrillos regulares

**B10\_10.** Los productos electrónicos de vapor no molestan a las personas que no usan tabaco

**B10\_11.** Me atraen los anuncios de productos electrónicos de vapor

**B10\_12.** Me ayudan a controlar el deseo de fumar

**B10\_13.** Tengo un amigo(a) o familiar que me sugirió usar productos electrónicos de vapor como una manera para dejar de fumar

**B10\_14.** Tenía curiosidad sobre los productos electrónicos de vapor

**B10\_15.** Otro, especifique\_\_\_\_\_

**B11.** ¿De cuál de esas razones es la **razón principal** por la que probó por primera vez/ actualmente usa productos electrónicos de vapor?

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

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

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

**B12a.** ¿Usa productos electrónicos de vapor en alguno de los siguientes lugares?  
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.** Que usted sepa o crea, **¿son menos dañinos los productos electrónicos de vapor que los cigarrillos regulares, más dañinos que los cigarrillos regulares o igualmente dañinos que los cigarrillos regulares?**

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

1. (mucho menos dañino que fumar solo cigarrillos regulares)
2. (un poco menos dañino que fumar solo cigarrillos regulares)
3. (igualmente dañino que fumar solo cigarrillos regulares)
4. (un poco más dañino que fumar solo cigarrillos regulares)
5. (mucho más daño que fumar solo cigarrillos regulares)

- B14.** ¿Desea dejar de usar productos electrónicos de vapor por completo?
1. Sí, después de haber dejado de fumar cigarrillos
  2. Sí, pero voy a continuar fumando cigarrillos
  3. No

- B15.** ¿Planea dejar de usar productos electrónicos de vapor...
1. En los siguientes 7 días,
  2. En los siguientes 30 días,
  3. En los siguientes 6 meses,
  4. Durante el próximo año o
  5. Más de 1 año a partir de ahora?
  6. No planeo dejar de usar productos electrónicos de vapor por completo
  7. No está seguro(a)

### **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 de 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 de la línea de ayuda para dejar de fumar para ayudarle a dejar de fumar 1-800-QUIT-NOW: parches de nicotina, goma de mascar, pastillas de nicotina que se disuelven en la boca, atomizador nasal, inhalador de nicotina o pastillas como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o varenicline?
1. Sí
  2. No

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

En las siguientes preguntas se le piden sus opiniones sobre fumar, uso de 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.

3. Muy en desacuerdo
4. En desacuerdo
5. De acuerdo
6. Muy de acuerdo

- D1.** Es un placer fumar cigarrillos.
- D2.** Fumar cigarrillos alivia la tensión.
- D3.** Fumar me ayuda a concentrarme y hacer mejor trabajo.
- D4.** Tendría más energía en este momento si no fumara.
- D5.** Me da vergüenza tener que fumar.
- D6.** Fumar perjudica mi salud.
- D7.** Fumar hace daño a las personas a mi alrededor

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

- D8.** Estoy ansioso de tener una vida sin fumar 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. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Muy de acuerdo

- D10.** Me enoja cuando pienso en mi hábito de fumar.
- D11.** Estoy desilusionado(a) conmigo mismo(a) por fumar.
- D12.** Me molesto cuando escucho o leo sobre las enfermedades causadas por el tabaco.
- D13.** Me molestan las advertencias sobre los riesgos a la salud debidas a fumar tabaco.
- D14.** Fumar tabaco va a empeorar mi calidad de vida en el futuro.
- D16.** Los fumadores deben tomar en serio las advertencias sobre fumar cigarrillos y el cáncer del pulmón.
- D17.** En una escala del 1 al 5, en donde 1 es una “prioridad baja” y 5 es una “prioridad alta”, ¿cómo calificaría la prioridad en su vida de dejar de fumar?

### Percepción del 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 causar daño inmediato a su cuerpo.
1. Muy de acuerdo
  2. De acuerdo
  3. En desacuerdo
  4. Muy en desacuerdo

- D20.**
- ¿Qué tan probable piensa que está usted de contraer 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

**D21.** ¿Piensa usted que fumar cigarrillos está relacionado a...? 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
- D21\_17. Depresión
- D21\_18. Trastorno de ansiedad

**E8b.** En su opinión, ¿qué tan probable es que fumar tabaco empeore las complicaciones médicas debidas a la diabetes tales como ceguera, insuficiencia renal o amputaciones?

- 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 hacen daño a la salud de uno
- 2. Hacen algo de daño a la salud



3. Hacen mucho daño a la salud

**E8a.** En su opinión, ¿qué tan probable es que el respirar regularmente humo de segunda mano de los cigarrillos ocasione a las personas que no fuman asma, infecciones o daños al pulmón?

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

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

1. **Siempre** está permitido
2. Solo se permite en **algunas** ocasiones o en **algunos** 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. 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

---

**F3.** 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

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

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

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

1. Sí
2. No

**F13a.** ¿Ha visitado el sitio web [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) en los últimos 5 meses, desde **[FILL DATE]**?

1. Sí
2. No

**F14.** En los últimos **5 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
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)

**F17\_6.** THE REAL COST (EL VERDADERO COSTO)

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

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

**F19\_1.** ¿Ha visto alguna de las siguientes páginas o grupos de Facebook cuando ha estado en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de Facebook de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de Facebook no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de Facebook no relacionada

**F19\_2.** ¿Ha visto alguno de los siguientes canales o páginas de YouTube cuando estuvo en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de YouTube de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de YouTube no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de YouTube no relacionada

**F19\_3.** ¿Ha visto algunas de las siguientes páginas en Twitter cuando estaba en Internet en los últimos 5 meses, desde [FILL DATE]? Por favor seleccione cada página que haya visto.

**F32\_1a.** Imagen de la página de Twitter de consejos

**F32\_1b.** Imagen de la página de Twitter no relacionada

**F32\_1c.** Imagen de la página de Twitter no relacionada

**F20.** A veces las personas usan el Internet específicamente por razones asociadas a la salud. En los últimos 30 días, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

1. Sí 2. No

**F20\_1.** Buscar información para dejar de fumar.

**F20\_2.** Buscar información sobre productos electrónicos de vapor (por ejemplo, cigarrillos electrónicos, vaporizadores electrónicos)

**F20\_3.** Buscar información sobre terapias de reemplazo de nicotina (por ejemplo, parches, goma de mascar o pastillas de nicotina que se disuelven en la boca).

**F20\_4.** Descargar una aplicación (App) para ayudarle a dejar de fumar

**F21.** En los últimos 30 días, ¿ha compartido información por correo electrónico, medios sociales, 'blog' o en un foro/grupo de apoyo acerca de algo de lo siguiente?

1. Sí 2. No

**F21\_1.** Cómo dejar de fumar

**F21\_2.** Mensajes/videos de la campaña *Consejos* de CDC

**F21\_3.** Productos electrónicos de vapor (por ejemplo, cigarrillos electrónicos, vaporizadores electrónicos)

**F21\_4.** Terapias de reemplazo de nicotina (por ejemplo, parches, goma de mascar o pastillas de nicotina que se disuelven en la boca)

### **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. Pudiera usted recibir 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.

**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 ha visto este anuncio en televisión?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia
5. Con mucha frecuencia

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

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia
5. Con mucha frecuencia

**F24a\_x\_**  
**MOBILE.**

En los últimos **[FILL # MONTHS SINCE CAMPAIGN LAUNCH]** meses, ¿con qué frecuencia ha visto este anuncio en una tableta o teléfono inteligente?

1. Nunca
2. Rara vez
3. A veces
4. Con frecuencia
5. Con mucha frecuencia

**F24d\_x.**

Anteriormente usted indicó que ha visto este anuncio ya sea en una computadora portátil o de escritorio. Cuando vió este anuncio en su computadora, ¿usted...

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 en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo 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 es 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

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

1. Sí
2. No

**F28\_1x.** En una escala de 1 (para nada) a 5 (mucho), ¿hasta qué punto se enfoca el anuncio en los beneficios de dejar de fumar cigarrillos?

1. Nada en lo absoluto
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Extremadamente

**F28\_2x.** En una escala de 1 (para nada) a 5 (mucho), ¿hasta qué punto se enfoca el anuncio en las consecuencias de continuar fumando cigarrillos?

1. Nada en lo absoluto
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Extremadamente

**F28\_3x.** Por favor califique el tono general del anuncio en una escala de 1 (extremadamente negativo) a 5 (extremadamente positivo).

1. Nada en lo absoluto
2. Un poco
3. Moderadamente
4. Mucho
5. Extremadamente

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 usted que...?

1. Nunca
2. Una vez
3. Varias 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. Fumar menos cigarrillos
3. Usar productos electrónicos de vapor tales como cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, pipa de agua (hookah), pipa de agua electrónica (e-hookahs), puros electrónicos o vapeadores electrónicos.
4. Cambiar a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos
5. Usar productos de reemplazo de nicotina como el parche de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastillas de nicotina que se disuelven en la boca, aerosol nasal o inhalador de nicotina?
6. Usar medicamentos como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o varenicline
7. Llamar a una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar
8. Visitar un sitio Web (en Internet) tal como Smokefree.gov o CDC.gov/Tips
9. Hablar con un doctor o con un profesional de la salud sobre dejar de fumar

### **Exposición a anuncios de radio**

Ahora, nos gustaría que escuche un anuncio de radio que se transmitió en los Estados Unidos. Por favor, asegúrese que el volumen en su computadora esté a un nivel adecuado. Pudiera usted recibir 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. Puede escuchar un total de **[FILL # TOTAL RADIO**



**ADS]** anuncios de radio. 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.

**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 ha escuchado este anuncio en el radio?

1. Rara vez
2. A veces
3. Con frecuencia
4. Con mucha frecuencia

### **Exposición a anuncios, material impreso y fuera del hogar**

A continuación, verá algunos anuncios que aparecieron recientemente en revistas, sitios web y en letreros en áreas tales como la parada del camión, interiores de autobuses, carteles y en otros lugares públicos. Hay 3 juegos de imágenes para ver, seguidas de algunas preguntas sobre haber visto estos anuncios antes. Cuando esté listo para verlos, por favor haga clic en "Next" (siguiente).

**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 vió estos anuncios?
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

### **SECCIÓN G: PREGUNTAS FINALES**

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

\_\_\_\_\_ Número de niños

**G5.** ¿Cuál es el nivel más avanzado que completó en la escuela?

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
9. Se graduó de preparatoria o "high school" – diploma de GED o equivalente a "high school"
10. Algo de universidad, no se graduó
11. College de 2 años o título de asociado
12. Carrera universitaria de 4 años o 'Bachelor's degree'
13. Maestría
14. Professional or Doctorate degree

---

La siguiente pregunta es acerca del ingreso total de SU HOGAR en los ÚLTIMOS 12 MESES. Por favor incluya el ingreso de usted MÁS el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (inclusive una pareja y miembros de las fuerzas armadas que vivan en el hogar). Por favor cuente el ingreso ANTES DE IMPUESTOS y de todas las fuentes (como sueldos, salarios, propinas, ingreso neto de un negocio, intereses, dividendos, manutención de niños, pensión alimenticia de la persona divorciada y seguro social, asistencia pública, pensiones o beneficios de jubilación).

**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. De \$175,000 o más

**G7.** ¿Es usted casado(a), viudo(a), divorciado(a), separado(a), nunca se ha casado 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.** ¿Qué afirmación de las listadas debajo describe mejor 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 ésta completó durante el año pasado?

1. Ninguno
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 del corazón
- 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 a Internet desde su casa?

- 1. Sí
- 2. No

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

- 1. No metropolitana (Rural)
- 2. Zona suburbana ("Suburbs")
- 3. Zona urbana (en la ciudad)

**G23.**

¿Se considera usted...?

1. Heterosexual o "straight" (normal)
2. Homosexual o "gay"
3. Lesbiana
4. Bisexual
5. Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_

**G22.**

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

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

**G20a.** Normalmente pruebo nuevos productos antes que otras personas.

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

**G20c.** Cuando voy de compras busco las cosas nuevas.

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

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

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]**