

NONSMOKER WAVE B SURVEY, version 8/28/2015

[DISPLAY

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

Extended Evaluation of the National Tobacco Prevention and Control Public Education Campaign Nonsmoker 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: PREVIOUS TOBACCO USE
SECTION B: TOBACCO USE QUESTIONS
SECTION C: ATTITUDES AND BELIEFS
SECTION D: SECONDHAND SMOKE
SECTION E: MEDIA USE AND AWARENESS
SECTION F: CLOSING QUESTIONS

SECTION A: PREVIOUS TOBACCO USE

NA4_x.

Was the last time you smoked a cigarette, even one or two puffs...?

1. Within the past 24 hours
2. Within the past 7 days
3. Within the past 30 days
4. Within the past 3 months
5. Within the past 6 months
6. Within the past 1 year
7. Within the past 5 years
8. Within the past 10 years
9. Within the past 15 years
10. More than 15 years ago

NA4. Have you smoked cigarettes at all, even one puff, in the past **12 months**?

1. Yes
2. No

NA5. Have you quit smoking cigarettes completely in the past 6 months?

1. Yes
2. No

SECTION B: TOBACCO USE QUESTIONS

NB2. 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

NB2a. 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

NB1. 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

NC1b.

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

NC1c. 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

NC1d_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

NB3. How long has it been since you last smoked a cigarette?

NB3a. _____ [ENTER NUMBER]

- NB3b.**
1. Hours (0 – 24)
 2. Days (0 – 10)
 3. Weeks (0 – 26)
 4. Months (0 – 12)

NB3c. 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

NB4. When you last tried to quit smoking, did you do any of the following?

1. Yes 2. No

NB4_1. Give up cigarettes all at once

NB4_2. Gradually cut back on cigarettes

NB4_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

NB4_4. Substituted 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

NB4_5. Switch to mild or some other brand of cigarettes

NB4_6. Use nicotine replacements like the nicotine patch, nicotine gum, nicotine lozenges, nicotine nasal spray, or nicotine inhaler

NB4_7. Use medications like Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline

NB4_8. Get help from a telephone quitline

NB4_9. Get help from a website such as Smokefree.gov

NB4_10. Get help from a doctor or other health professional

NB5. When you last tried to quit smoking, did any of the following motivate you to try to quit?

1. Yes 2. No

NB5_1. A family member or friend encouraged me to try to quit

NB5_2. Television commercials, radio ads, or other types of advertisements that focus on the health consequences of smoking

NB5_3. My doctor or other health professional advised me to quit smoking

NB5_4. Workplace restrictions on smoking

NB5_5. I wanted to improve my health.

NB5_6. Other, specify _____

N5a. 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

N5a_1. Primary care physician

N5a_2. Nurse

N5a_3. Physician's Assistant (PA) or Nurse Practitioner (NP)

N5a_4. Pharmacist

N5a_5. Dentist or dental hygienist

N5a_6. Eye doctor, optometrist, or ophthalmologist

N5a_7. Therapist, psychologist, psychiatrist

N5a_8. Cardiologist

N5a_9. Gastroenterologist or colorectal surgeon

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.

NB8. Have you ever used electronic vapor products, even one time?

1. Yes

2. No

NB8a. 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

NB9. Do you now use electronic vapor products...

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

NB9_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

NB9a_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

NB9a. 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

NB9b. On average, about how many [FILL “disposable electronic vapor products” IF NB9a=1]; [FILL “electronic vapor cartridges” if NB9a=2]; [FILL “electronic vapor tanks” if NB9a=3] do you now use each week?
_____ [ENTER NUMBER]

NB9b_1. When you use your electronic vapor product, does the liquid/contents contain nicotine?
1. Yes
2. No

NB9c. Where did you get or buy the electronic vapor products that you have used?
NB9c_1. A gas station or convenience store
NB9c_2. A grocery store
NB9c_3. A drugstore
NB9c_4. A mall or shopping center kiosk/stand
NB9c_5. Over the Internet
NB9c_6. A store that sells electronic vapor products, such as a “vape shop”
NB9c_7. From a family member
NB9c_8. From a friend
NB9c_9. Some other person that is not a family member or a friend
NB9c_10. Mass merchandisers or supercenters like Walmart, Target, or Costco
NB9c_11. Other, specify_____

NB9d. Which of those is the main way you usually get your electronic vapor products?

NB10. Are any of the following a reason why you first tried/currently use electronic vapor products?

1. Yes 2. No

NB10_1. They cost less than other forms of tobacco [PATH]

NB10_2. They can be used in places where smoking cigarettes isn't allowed

NB10_3. They might be less harmful to me than regular cigarettes

NB10_4. They might be less harmful to people around me than regular cigarettes

NB10_5. Electronic vapor products come in flavors I like

NB10_6. Electronic vapor products can help me quit smoking regular cigarettes

NB10_7. Electronic vapor products can help me reduce the number of regular cigarettes I smoke

NB10_8. Electronic vapor products don't smell

NB10_9. Using an electronic cigarette/e-cigarette feels like smoking a regular cigarette

NB10_10. Electronic vapor products don't bother people who don't use tobacco

NB10_11. The advertising for electronic vapor products appeals to me

NB10_12. They help me deal with cravings to smoke

NB10_13. I have a friend or family member who suggested I use electronic vapor products as a way to quit smoking

NB10_14. I was curious about electronic vapor products

NB10_15. Other, specify _____

NB11. Which of those is the **main reason** you first tried/currently use electronic vapor products?

NB11a. 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 _____

NB12. Do you use electronic vapor products in places where smoking regular cigarettes is not allowed?

1. Yes
2. No

NB12a.

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

1. Yes 2. No

NB12a_1. Restaurants or bars

NB12a_2. Stores or shopping malls

NB12a_3. Airplanes

NB12a_4. Beaches, parks, or other outdoor places

NB12a_5. In your car or other type of vehicle

NB12a_6. In your home

NB12a_7. Somewhere else, specify _____

NB13.

As far as you know or believe are electronic vapor products less harmful than regular cigarettes, more harmful than regular cigarettes, or are they equally harmful to health?

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)

NB14.

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

1. Yes
2. No

NB15.

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

NE9. 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 smokers?

1. Yes
2. No

NE9a. In the past 3 months, that is since **[FILL DATE]**, have you recommended any family members or friends that smoke to call a telephone quitline?

1. Yes
2. No

NE10. Have you heard of 1-800-QUIT-NOW?

1. Yes
2. No

NE10a. In the past 3 months, that is since **[FILL DATE]**, have you recommended any family members or friends that smoke to call 1-800-QUIT-NOW?

1. Yes
2. No

NE11. In the past 3 months, did you recommend your family and friends to ask about the following free medications when calling 1-800-QUIT-NOW: nicotine patches, gum, lozenges, nasal spray, inhaler, or pills such as Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix, or varenicline?

1. Yes
2. No

SECTION C: ATTITUDES AND BELIEFS

Social Norms of Smoking and SHS

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

NC1.	Do you believe cigarette smoking is related to:	
		1. Yes 2. No
	NC1_1. Lung Cancer	
	NC1_2. Cancer of the mouth or throat	
	NC1_3. Heart Disease	
	NC1_4. Diabetes	
	NC1_5. Emphysema	
	NC1_6. Stroke	
	NC1_7. Hole in throat (stoma or tracheotomy)	
	NC1_8. Buerger's Disease	
	NC1_9. Amputations (removal of limbs)	
	NC1_10. Asthma	
	NC1_11. Gallstones	
	NC1_12. COPD or Chronic bronchitis	
	NC1_13. Periodontal or Gum Disease	
	NC1_14. Premature birth	
	NC1_15. Colorectal Cancer	
	NC1_16. Macular degeneration or blindness	
	NC1_17. Depression	
NC1_18. Anxiety disorder		

NC2.	How likely do you think a smoker 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	

NC4b.	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	

The next few questions ask your opinion about smoke from other people's cigarettes and other tobacco products.

NC3. 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

NC4. How likely is it that regularly breathing secondhand tobacco smoke would cause children to have asthma or breathing problems?

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

NC4a. 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

SECTION D: SECONDHAND SMOKE & PEER COMMUNICATION

ND1. Other than yourself, does anyone who lives in your home smoke cigarettes now?

1. Yes
2. No

ND1a. During the past 7 days, that is, since [DATE FILL], on how many days did you breathe vapor from someone else who was using electronic vapor products in an indoor or outdoor place?

_____ [# OF DAYS]

ND1b. During the past 7 days, that is, since [DATE FILL], on how many days did you breathe cigarette smoke from someone else who was smoking cigarettes in an indoor or outdoor place?
_____ [# OF DAYS]

ND4. During the past 3 months, that is since [FILL DATE], have you talked to any family members or friends about the dangers of smoking?
1. Yes
2. No

ND5a. During the past 3 months, that is since **[FILL DATE]**, did you encourage a friend or family member to quit smoking?
1. Yes
2. No

NE10c. In the past 3 months, that is since **[FILL DATE]**, have you recommended any family members or friends that smoke to talk with a health care professional such as a physician, nurse, or dentist about quitting smoking?
1. Yes
2. No

ND6. 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?

ND7. 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?

SECTION E: MEDIA USE AND AWARENESS

NE1. 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

NE2. 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

NE3. 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

NE4. 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

NE14. Have you heard of the Website www.cdc.gov/Tips?

1. Yes
2. No

NE14a. Have you visited www.cdc.gov/Tips in the past 5 months, since **[FILL DATE]**?
1. Yes
2. No

NE14c. In the past 5 months, that is since **[FILL DATE]**, have you recommended any family members or friends that smoke to visit www.cdc.gov/Tips?
1. Yes
2. No

NE14d. 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

NE18. In the past **[FILL MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] months**, 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

NE18_1. TIPS FROM FORMER SMOKERS

NE18_2. TRUTH

NE18_3. BECOME AN EX

NE18_4. EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE

NE18_5. TOBACCO FREE LIVING

NE18_6. THE REAL COST

NE19. Where have you seen or heard about the TIPS Campaign?
1. Yes 2. No

NE19_1. On TV

NE19_2. On the radio

NE19_3. In newspapers or magazines

NE19_4. On the Internet

NE19_5. Billboards or other outdoor ads

NF19_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

- NF19_1a.** Tips Facebook Page Image
- NF19_1b.** Unrelated Facebook Page Image
- NF19_1c.** Unrelated Facebook Page Image

NF19_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

- NF19_2a.** Tips YouTube Page Image
- NF19_2b.** Unrelated YouTube Page Image
- NF19_2c.** Unrelated YouTube Page Image

NF19_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

- NF19_3a.** Tips Twitter Page Image
- NF19_3b.** Unrelated Twitter Page Image
- NF19_3c.** Unrelated Twitter Page Image

NF20. 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

- NF20_1.** Looked for information about quitting smoking.
- NF20_2.** Looked for information about electronic vapor products (e.g., e-cigarettes, e-vaporizers)
- NF20_3.** Looked for information about nicotine replacement therapies (e.g., patches, gum, lozenges).
- NF20_4.** Downloaded a mobile App to help you quit smoking

NF21. 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

NF21_1. How to quit smoking

NF21_2. CDC *Tips* campaign messages/videos

NF21_3. Electronic vapor products (e.g., e-cigarettes, e-vaporizers)

NF21_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.

NF21_x. Were you able to view this video?

1. Yes
2. No

NF23_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.

NF24_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

NF24a_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

NF24a_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

NF24d_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

NF24d_x_1. Notice the ad on a Website that you were visiting?

NF24d_x_2. First search for the ad on YouTube, Google, or other Internet search engine?

NF25_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

NF25a_x. This ad is worth remembering.

NF25b_x. This ad grabbed my attention.

NF25c_x. This ad is powerful.

NF25d_x. This ad is informative.

NF25e_x. This ad is meaningful to me.

NF25f_x. This ad is convincing.

NF25g_x. This ad is ridiculous.

NF25h_x. This ad is terrible.

NF25i_x. This ad was difficult to watch.

NF26_x.

On scale of 1 to 5, where 1 means “not at all” and 5 means “very,” please indicate how much this ad made you feel...

1	2	3	4	5
Not at all				Very

- NF26a_x.** Sad
- NF26b_x.** Afraid
- NF26c_x.** Irritated
- NF26d_x.** Ashamed
- NF26e_x.** Discouraged
- NF26f_x.** Hopeful
- NF26g_x.** Motivated
- NF26h_x.** Understood
- NE26i_x.** Angry

NF27_x.

Would this ad make you want to encourage someone you care about to quit smoking?

1. Yes
2. No

NF28_1x.

On a scale of 1 (not at all) to 5 (extremely), to what degree did the ad focus on the benefits of quitting smoking cigarettes?

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

NF28_2x.

On a scale of 1 (not at all) to 5 (extremely), to what degree did the ad focus on the consequences of continuing to smoke cigarettes?

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

NF28_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.

NF29. Did seeing these ads on television make you want to encourage someone you care about to quit smoking?

1. Yes
2. No

NF30. Did you talk to anyone about any of these ads?

1. Yes
2. No

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.

NF32_x. Were you able to listen to this ad?

1. Yes
2. No

NF34_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.

NF35a_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.”

NE36. 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

NE37. Where did you see these advertisements?

1. Yes 2. No

NE37_1. Magazines or print publications
NE37_2. Websites online
NE37_3. Public places such as bus shelters, bus interiors, outdoor bulletins, etc.

Awareness of E-cigarette Ads

NF38_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.

NF38_x. Have you seen this ad on television or online in the past **3 months**, since **[FILL DATE]**?

1. Yes
2. No

SECTION F: CLOSING QUESTIONS

NG1. How many children aged 17 or younger live in your household 6 months or more of the year?

_____ Number of Children

NG5. What is the highest level of school you have completed?

1. No formal education
2. 1st, 2nd, 3rd, or 4th grade
3. 5th or 6th grade
4. 7th grade or 8th grade
5. 9th grade
6. 10th grade
7. 11th grade
8. 12th 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).

NG6. Was your total HOUSEHOLD income in the past 12 months...

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

NG6a. 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

NG6b. 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

NG7. 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

NG8. 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

NG9. 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

NG15. Have you been diagnosed by a physician or other qualified medical professional with any of the following medical conditions?

1. Yes 2. No

- NG15_1.** Acid reflux disease
- NG15_2.** ADHD or ADD
- NG15_3.** Anxiety disorder
- NG15_4.** Asthma, chronic bronchitis, or COPD
- NG15_5.** Cancer (any type except skin cancer)
- NG15_6.** Chronic pain (such as low back pain, neck pain, or Fibromyalgia)
- NG15_7.** Depression
- NG15_8.** Diabetes
- NG15_9.** Heart attack
- NG15_10.** Heart disease
- NG15_11.** High blood pressure
- NG15_12.** High cholesterol
- NG15_13.** HIV/AIDS
- NG15_14.** Kidney disease
- NG15_15.** Mental health condition
- NG15_16.** Multiple sclerosis
- NG15_17.** Osteoarthritis, joint pain or inflammation
- NG15_18.** Osteoporosis or osteopenia
- NG15_19.** Rheumatoid arthritis
- NG15_20.** Seasonal allergies
- NG15_21.** Skin cancer
- NG15_22.** Sleep disorders such as sleep apnea or insomnia
- NG15_23.** Stroke
- NG15_24.** Something else

NG20. Do you or anyone in this household connect to the Internet from home?

1. Yes
2. No

NG21. Do you live in a metro or non-metro area?

1. Non-metro (rural)
2. Suburban
3. Urban

NG22. 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

NG20a. I usually try new products before other people do.

NG20b. I often try new brands because I like variety and get bored with the same old thing.

NG20c. When I shop I look for what is new.

NG20d. I like to be the first among my friends and family to try something new.

NG20e. I like to tell others about new brands or technology.

NG23. 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]**

NONSMOKER WAVE B SURVEY IN SPANISH, version 8/28/2015

[DISPLAY]

Formulario aprobado

OMB No. 0920-XXXX

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

Cuestionario para personas no fumadoras de evaluación ampliada de la campaña de educación nacional para la prevención y el control del uso 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: USO ANTERIOR DE TABACO
SECCIÓN B: PREGUNTAS SOBRE EL USO DE TABACO
SECCIÓN C: ACTITUDES Y CREENCIAS
SECCIÓN D: HUMO DE SEGUNDA MANO
SECCIÓN E: USO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y CONCIENTIZACIÓN
SECCIÓN F: PREGUNTAS FINALES

SECCIÓN A: USO ANTERIOR DE TABACO

- 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 SOBRE EL USO DE TABACO

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 [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

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?**

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

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.

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								O

NC1d_1. ¿Usó productos electrónicos de vapor por lo menos un día durante alguna de las semanas que se listan abajo 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 de vapor por lo menos un día	No, no usé un producto electrónico de vapor por lo menos un día

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

NB3a. _____ [ENTER NUMBER]

- NB3b.**
1. Horas (0 – 24)
 2. Días (0 – 10)
 3. Semanas (0 – 26)
 4. Meses (0 – 12)

NB3c. En los últimos 12 meses, ¿ha usado alguno de los siguientes medicamentos de ayuda para 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

NB4. La última vez que trató de dejar de fumar, ¿hizo algo de lo siguiente?

1. Sí 2. No

NB4_1. Dejar de fumar cigarrillos por completo

NB4_2. Reducir gradualmente el fumar cigarrillos

NB4_3. Cambiar **por completo** a 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.

NB4_4. Sustituyó 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

NB4_5. Cambiar a cigarrillos suaves o alguna otra marca de cigarrillos

NB4_6. Usar productos de reemplazo de nicotina como el parche de nicotina, goma de mascar de nicotina, pastillas de nicotina, aerosol nasal o inhalador de nicotina

NB4_7. Usar medicamentos como Wellbutrin, Zyban, bupropion, Chantix o varenicline

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 u otro profesional médico

NB5. La última vez que trató de dejar de fumar, ¿fue motivado(a) por alguien o algo de la lista a continuación para dejar de fumar?

1. Sí 2. No

NB5_1. Un miembro de su familia o amigo(a) le 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

NB5_4. Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

NB5_5. Quiero mejorar mi salud.

NB5_6. Otro, especifique _____

N5a. 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

N5a_1. Médico de atención primaria

N5a_2. Enfermera(o)

N5a_3. Asistente de médico (PA) o enfermera especializada (NP)

N5a_4. Farmacéutico o boticario

N5a_5. Dentista o higienista dental

N5a_6. Oculista, optometrista u oftalmólogo

N5a_7. Terapeuta, psicólogo, psiquiatra

N5a_8. Cardiólogo

N5a_9. Gastroenterólogo o cirujano colorectal

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.

NB8. ¿Alguna vez ha usado productos electrónicos de vapor, aunque sea una sola vez?

1. Sí

2. No

NB8a. 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

NB9. ¿Actualmente usa productos electrónicos de vapor ...?

1. Todos los días
2. Algunos días
3. Nada en lo absoluto

NB9_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

NB9a_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

NB9a. ¿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

NB9b. En promedio, ¿cómo cuántos productos electrónicos de vapor [FILL “desechables” IF NB9a=1]; [FILL “de cartuchos” IF NB9a=2]; [FILL “de tanque” IF NB9a=3] usa actualmente a la semana?
_____ [REGISTRE LA CANTIDAD]

NB9b_1. Cuando usa un producto electrónico de vapor, ¿el líquido/contenido contiene nicotina?
1. Sí
2. No

NB9c. ¿Dónde compró el producto electrónico de vapor que ha usado?
NB9c_1. Una gasolinera o tienda pequeña de abarrotes
NB9c_2. Una tienda de comestibles
NB9c_3. Una farmacia
NB9c_4. Quiosco/puesto en un mall o centro comercial
NB9c_5. En Internet
NB9c_6. Una tienda que vende productos electrónicos de vapor, tal como "vape shop"
NB9c_7. De un miembro de la familia
NB9c_8. De un amigo o amiga
NB9c_9. Alguna otra persona que no es miembro de la familia o amigo(a)
NB9c_10. Mayoristas o supercentros como Walmart, Target o Costco
NB9c_11. Otro, especifique_____

NB9d. ¿Cuál de las maneras listadas anteriormente diría usted que es la forma principal en la que normalmente obtiene sus productos electrónicos de vapor?

NB10.

¿Es alguna de las siguientes razones un motivo por el que probó por primera vez/actualmente usa productos electrónicos de vapor?

1. Sí 2. No

NB10_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 electrónicos de vapor vienen en sabores que me gustan

NB10_6. Los productos electrónicos de vapor me pueden ayudar a dejar de fumar cigarrillos regulares

NB10_7. Los productos electrónicos de vapor me pueden ayudar a reducir el número de cigarrillos regulares que fumo

NB10_8. Los productos electrónicos de vapor no tienen olor

NB10_9. Usar cigarrillos electrónicos se siente igual que fumar cigarrillos regulares

NB10_10. Los productos electrónicos de vapor no molestan a las personas que no usan tabaco

NB10_11. Me atraen los anuncios de productos electrónicos de vapor

NB10_12. Me ayudan a controlar el deseo de fumar

NB10_13. Tengo un amigo(a) o familiar que me sugirió usar productos electrónicos de vapor como una manera para dejar de fumar

NB10_14. Tenía curiosidad sobre los productos electrónicos de vapor

NB10_15. Otro, especifique _____

NB11.

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

NB11a.

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 _____

NB12.

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

1. Sí

2. No

NB12a.

¿Usa productos electrónicos de vapor 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.

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 daño 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)

NB14.

¿Desea dejar de usar productos electrónicos de vapor por completo?

1. Sí
2. No

NB15.

¿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

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 a los fumadores a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

NE9a. En los últimos 3 meses, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha recomendado a algún miembro de su familia o amigo (a) 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 su familia o amigo (a) que fuman que llamen al 1-800-QUIT-NOW?

1. Sí
2. No

NE11. En los últimos 3 meses, ¿usted le recomendó a su familia y amigo (a) preguntar acerca de los siguientes medicamentos gratis al llamar a 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 C: ACTITUDES Y CREENCIAS

Normas sociales sobre fumar y SHS

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

NC1. ¿Piensa usted que fumar cigarrillos está relacionado a...?
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
- NC1_17.** Depresión
- NC1_18.** Trastorno de ansiedad

NC2. ¿Qué tan probable le parece es 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 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

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

- NC3.** ¿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
 2. Hacen algo de daño a la salud
 3. Hacen mucho daño a la salud

- NC4.** ¿Qué tan probable le parece que los niños padezcan asma o problemas respiratorios al respirar humo de segunda mano de los cigarrillos de tabaco?
1. Extremadamente probable
 2. Muy probable
 3. Algo probable
 4. Muy improbable
 5. Extremadamente improbable

- NC4a.** ¿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

SECCIÓN D: HUMO DE SEGUNDA MANO Y COMUNICACIÓN

- ND1.** Además de usted, ¿alguien más que viva en su casa fuma cigarrillos actualmente?
1. Sí
 2. No

- ND1a.** Durante los últimos 7 días, es decir desde [DATE FILL], ¿cuántos días respiró el vapor de productos electrónicos de vapor que usaba otra persona en un lugar interior o al aire libre?
- _____ [# OF DAYS]

- ND1b.** Durante los últimos 7 días, es decir desde [DATE FILL], ¿cuántos días respiró el humo de cigarrillos que usaba otra persona en un lugar interior o al aire libre?
- _____ [# OF DAYS]

ND4. En los últimos 3 meses, es decir desde [FILL DATE], ¿ha hablado con algún miembro de su familia o amigo (a) 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 su 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 su familia o amigo (a) que hablen con un profesional de la salud tal como un médico, enfermera o dentista sobre dejar de fumar?

1. Sí
2. No

ND6. Entre sus amigos(as) cercanos(as)...

1. ¿Todos fuman?
2. ¿La mayoría fuma?
3. ¿La mayoría NO fuma?
4. ¿Ninguno(a) fuma?

ND7. Entre sus 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. Ninguno
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. Ninguno
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. Ninguno
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/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

NE14a. ¿Ha visitado el sitio web www.cdc.gov/Tips en los últimos 5 meses, desde **[FILL DATE]**?

1. Sí
2. No

NE14c. En los últimos 5 meses, es decir desde **[FILL DATE]**, ¿ha recomendado a algún miembro de su familia o amigo (a) que fuman que visiten www.cdc.gov/Tips?

1. Sí
2. No

NE14d. 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

NE18. En los últimos **[FILL MONTHS PLANNED CAMPAIGN DURATION] meses**, 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 EX-FUMADORES)

NE18_2. TRUTH (VERDAD)

NE18_3. BECOME AN EX (CONVIERTASE EN EX FUMADOR)

NE18_4. EVERY CIGARETTE IS DOING YOU DAMAGE (CADA CIGARRILLO LE HACE DAÑO)

NE18_5. TOBACCO FREE LIVING (VIVIR LIBRE DE TABACO)

NE18_6. THE REAL COST (EL VERDADERO COSTO)

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

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

NF19_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.

NF32_1a. Imagen de la página de Facebook de consejos

NF32_1b. Imagen de la página de Facebook no relacionada

NF32_1c. Imagen de la página de Facebook no relacionada

NF19_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.

NF32_1a. Imagen de la página de YouTube de consejos

NF32_1b. Imagen de la página de YouTube no relacionada

NF32_1c. Imagen de la página de YouTube no relacionada

NF19_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.

NF32_1a. Imagen de la página de Twitter de consejos

NF32_1b. Imagen de la página de Twitter no relacionada

NF32_1c. Imagen de la página de Twitter no relacionada

NF20.

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

NF20_1. Buscar información para dejar de fumar.

NF20_2. Buscar información sobre productos electrónicos de vapor (por ejemplo, cigarrillos electrónicos, vaporizadores electrónicos)

NF20_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).

NF20_4. Descargar una aplicación (App) para ayudarle a dejar de fumar

NF21. 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

NF21_1. Cómo dejar de fumar

NF21_2. Mensajes/videos de la campaña *Consejos de CDC*

NF21_3. Productos electrónicos de vapor (por ejemplo, cigarrillos electrónicos, vaporizadores electrónicos)

NF21_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 e 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.

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 Internet en los últimos [FILL # MONTHS 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 ha visto este anuncio en televisión?

1. Nunca

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

NF24a_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

NF24a_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

NF24d_x.

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

1. Sí 2. No

NF24d_x_1. Notó el anuncio en el sitio web que estaba visitando?

NF24d_x_2. Primero buscó el anuncio en YouTube, Google u otro buscador en Internet?

NF25_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

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 es 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...

	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. ¿Haría este anuncio que usted quiera animar a un ser querido a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

NF28_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

NF28_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

NF28_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.

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

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.

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.

- NF35a_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).

- NE36.** 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

- NE37.** ¿En dónde vio estos anuncios?
1. Sí 2. No
- NE37_1. Revistas o publicaciones impresas
NE37_2. Sitios Web en Internet
NE37_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

SECCIÓN F: PREGUNTAS FINALES

NG1. ¿Cuántos niños de 17 años de edad o menores viven en su hogar durante 6 meses o más durante el año?

_____ Número de niños

NG5. ¿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/ «high school» - un diploma o certificado de equivalencia de «high school» GED
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. Grado profesional o doctorado

La siguiente pregunta es acerca del ingreso total de SU HOGAR en los ÚLTIMOS 12 MESES. Por favor incluya el ingreso suyo MÁS el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (incluyendo el de su 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).

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. De \$175,000 o más

NG7. ¿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

NG8. ¿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 – busca empleo
5. No trabaja – jubilado(a)
6. No trabaja – discapacitado
7. No trabaja – otro

NG9. ¿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

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.** Ataques al corazón
- NG15_10.** Enfermedad del corazón
- 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 a Internet desde su casa?

- 1. Sí
- 2. No

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

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

NG22. 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

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.

NG23.

¿Se considera usted...?

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

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 participar en la 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]
