

**NONSMOKER WAVE C 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.

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

<b>NC2.</b>	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	

<b>NC4b.</b>	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](http://www.cdc.gov/Tips)?

1. Yes
2. No



**NE14a.** Have you visited [www.cdc.gov/Tips](http://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](http://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.



**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. 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).

**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 C 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								<b>O</b>



**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/Tips) (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

**NE14a.** ¿Ha visitado el sitio web [www.cdc.gov/Tips](http://www.cdc.gov/Tips) 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](http://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.





**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]

---