

OMB # 0925-0538

Expiration date: XXXXX

**en español**



## **Encuesta Nacional de Tendencias Sobre Información de la Salud**



Institutos Nacionales de la Salud  
Departamento de Salud y Servicios  
Humanos de los Estados Unidos

COMENZAR  
AQUI:

1. ¿Hay más de una persona mayor de 18 años viviendo en este hogar?

Si

No → **VAYA A LA PREGUNTA A1 en la próxima página**

2. ¿Incluyéndose a usted, cuantas personas mayores de 18 años viven en este hogar?

3. **El adulto con la fecha de cumpleaños más próxima debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de personas de todas las edades.

4. Por favor escriba el primer nombre, apodo, o iniciales del adulto que va a cumplir años mas próximamente en este hogar. Esta es la persona que debe completar el cuestionario.

**If you prefer to receive the survey in English, please call 1-888-521-YYYY**

---

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD: La recopilación de esta información está autorizada por la Ley de Servicios Públicos de Salud, 411 (42 USC 285 a) y 412 (42 USC 285a-1.a y 285a1.3). Los derechos de los participantes del estudio son protegidos por La Regla de Privacidad de 1974. La participación es voluntaria y no hay penalidades por no participar o por retirarse del estudio en cualquier momento. El no participar no afectará sus beneficios de ninguna manera. La información recopilada en este estudio se mantendrá privada bajo la autoridad de la Regla de Privacidad y solo será vista por personas autorizadas para trabajar en este proyecto. El reporte que resume los resultados no contendrá nombres o información de identificación. La información de identificación será destruida cuando el estudio haya finalizado.

Se estima que el tiempo de reporte público para esta recopilación de información es un promedio de 30 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede hacer ni patrocinar, y no se requiere de ninguna persona que responda a ninguna recopilación de información a menos que muestre un número de control actualmente válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OBM por sus siglas en inglés).** Envíe los comentarios sobre el estimado de esta carga o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluyendo sugerencias para reducir este tiempo, a: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0538). No devuelva el formulario completo a esta dirección.

## A: Buscando Información Sobre Salud

A1. ¿Ha buscado alguna vez información acerca de temas de salud o de medicina en algún lugar?

Sí

No → VAYA A LA PREGUNTA A4 en la siguiente página

A2. La última vez que buscó información sobre temas de salud, ¿dónde buscó primero?

Escoja  ~~Sólo~~ una de las siguientes opciones:

Libros

Folletos, hojas volantes, etc.

Organizaciones del cáncer

Familia

Amigos/Compañeros de trabajo

Médico o proveedor de cuidado de la salud

Internet

Biblioteca

Revistas

Periódicos

Número de información telefónica

Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

Otro – especifique →

A3. Basándose en los resultados de su búsqueda de información más reciente acerca de temas de salud o de medicina, ¿cuánto está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes frases?

	Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
a. Tomó mucho trabajo conseguir la información que necesitaba.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Se sintió frustrado buscando información.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le preocupaba la calidad de la información.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. La información que encontró era difícil de entender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A4. En general, ¿cuánto confiaría en obtener información acerca de temas de salud o de medicina de cada una de las siguientes fuentes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Un médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA), los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH) o los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Organizaciones de caridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Organizaciones y líderes religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. En un día de semana típico de lunes a viernes, ¿cuántas horas aproximadamente usted...

	Horas
a.....ve televisión?	<input type="text"/> <input type="text"/>
b.....escucha la radio?	<input type="text"/> <input type="text"/>
c.....usa el Internet por razones personales?	<input type="text"/> <input type="text"/>

A6. Durante un fin de semana típico, ¿cuántas horas aproximadamente usted...

	Horas
a.....ve televisión?	<input type="text"/> <input type="text"/>
b.....escucha la radio?	<input type="text"/> <input type="text"/>
c.....usa el Internet por razones personales?	<input type="text"/> <input type="text"/>

A7. ¿Cuántos días leyó usted un periódico en los últimos siete días?

días

Las preguntas A8 a A11 son sobre los cigarrillos electrónicos, también llamados e-cigarrillos. Puede que también los conozca como cigarrillos de vapor, pipas o cachimbas de agua, pipas o cachimbas electrónicas, o e-vaporizadores. Algunos parecen cigarrillos y otros parecen una pluma o bolígrafo, o una pipa o cachimba pequeña. Funcionan con baterías, generalmente contienen nicotina líquida y producen vapor en vez de humo.



### Cigarrillos electrónicos

A8. ¿Ha buscado usted alguna vez información de cualquier fuente sobre los cigarrillos electrónicos?

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA A11 en la siguiente página**

A9. ¿Qué clase de información de cualquier fuente ha buscado usted sobre los cigarrillos electrónicos?

Escoja  ~~Todas las que apliquen.~~

Efectos sobre la salud

Uso de los cigarrillos electrónicos para dejar de fumar o reducir el fumar

Lista de sustancias químicas en los cigarrillos electrónicos

Costo / Cupones

Instrucciones / Guía

Dónde comprar

Análisis y evaluación de las marcas

Otra información – especifique

A10. ¿Que información busco la última vez que trato de conseguir Information sobre cigarrillos electrónicos?

Escoja  sólo una de las siguientes opciones:

- Efectos sobre la salud
- Productos que aseguran reducir la exposición a ciertas sustancias químicas o presentan un menor riesgo de enfermedad
- Ayuda / información para dejar de fumar
- Lista de sustancias químicas en los productos de tabaco
- Costo / Cupones
- Instrucciones / Guía
- Dónde comprar
- Información sobre las nuevas clases de productos de tabaco
- Otra información – especifique

A11. Generalmente, ¿cuánto confiaría usted en información de cada uno de los siguientes sobre el efecto de los cigarrillos electrónicos?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Un doctor / farmacéutico / proveedor de servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA), los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH) o los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Organizaciones y líderes religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Empresas de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Empresas de cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. ¿Ha buscado usted alguna vez en alguna fuente alguna de la siguiente información sobre los productos de tabaco (p.ej., cigarrillos, puros, o tabaco de masticar)?

Escoja  ~~Todas las que apliquen.~~

- Efectos sobre la salud
- Productos que aseguran reducir la exposición a ciertas sustancias químicas o presentan un menor riesgo de enfermedad
- Ayuda /información para dejar de fumar
- Lista de sustancias químicas en los productos de tabaco
- Costo / Cupones
- Instrucciones / Guía
- Dónde comprar
- Información sobre las nuevas clases de productos de tabaco
- Nunca buscó alguna de esta información **GO TO A14 más abajo**
- Otra información – especifique

A13. Si usted ha buscado información sobre productos de tabaco, ¿qué clase de información buscó la última vez que lo hizo?

Escoja  ~~Todas las que apliquen.~~

- Efectos sobre la salud
- Productos que aseguran reducir la exposición a ciertas sustancias químicas o presentan un menor riesgo de enfermedad
- Ayuda / información para dejar de fumar
- Lista de sustancias químicas en los productos de tabaco
- Costo / Cupones
- Instrucciones / Guía
- Dónde comprar
- Información sobre las nuevas clases de productos de tabaco
- Otra información – especifique

A14. En general, ¿cuánta confianza tiene usted de poder obtener información de salud relacionada con los productos de tabaco si la necesita?

- Confío completamente
- Confío mucho
- Confío parcialmente
- Confío un poco
- No confío en absoluto

A15. En general, ¿cuánto confiaría usted en información proveniente de cada una de las siguientes fuentes sobre los efectos del uso del tabaco en la salud?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a.....Un doctor / farmacéutico / proveedor de servicios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Familia o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA), los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH) o los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Organizaciones de caridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Empresas de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16. ¿Con qué frecuencia ha visto, escuchado, o leído un mensaje sobre los efectos del uso del tabaco de cada una de las siguientes fuentes en los últimos 30 días?

	Nunca	Un par de veces	Muchas veces
a. Televisión.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sitios nuevos en Internet (p.ej., CNN.com).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sitios sobre la salud en Internet (p.ej., WebMD.com).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Sitios del gobierno en Internet (p.ej., FDA.gov).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Medios sociales (como Facebook o Twitter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Revistas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Periódicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Radio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Cartelera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Transporte público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Envíos por correo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Evento comunitario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Punto de venta (como fuera o dentro de tiendas pequeñas, farmacias o supermercados).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## B: Uso del Internet para hallar información

B1. ¿Alguna vez usa el Internet para conectarse a la Red o para enviar y recibir correo electrónico?

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en página 11**

B2. ¿Con qué frecuencia se conecta usted al Internet por medio de cada uno de los siguientes?

	A diario	A veces	Nunca
a.....Computadora en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Computadora en el trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Computadora en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....En un dispositivo móvil (teléfono celular / smartphone / tableta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....En un dispositivo de juegos / "Smart TV"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Algunas personas le prestan atención a información sobre salud en el Internet, incluso cuando no están tratando de averiguar acerca de un problema de salud que tienen ellas o alguien en la familia. En los últimos 12 meses, ¿ha leído este tipo de información de salud en el Internet?

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA B5 en la siguiente página**

B4. Más o menos, ¿con qué frecuencia ha leído este tipo de información en los últimos 12 meses?

Una vez o más al mes

Menos de una vez al mes

B5. A veces la gente usa el Internet específicamente por razones relacionadas con la salud.

En los últimos 12 meses, ¿ha usado el Internet por alguna de las siguientes razones?

	<b>Sí</b>	<b>No</b>
a. Buscó información médica o de salud para usted.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Buscó información médica o de salud para otra persona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Buscó información sobre cómo dejar de fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Participó en un foro o grupo de apoyo en línea para personas con un problema médico o de salud similar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Usó un sitio Web para buscar ayuda con su dieta, peso o actividad física.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Buscó un proveedor de salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Descargó información sobre la salud a un dispositivo móvil como un reproductor MP3, teléfono celular, computadora tableta o dispositivo electrónico de lectura.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Compartió información sobre la salud en sitios de medios sociales, como Facebook o Twitter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Intercambiar apoyo sobre problemas de la salud con familiares o amistades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mantuvo un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas o citas médicas futuras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Vió un video relacionado con la salud en YouTube.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## C: Productos de tabaco

C1. ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida?

- Sí
- No

C2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca **VAYA A LA PREGUNTA C4 más abajo**

C3. ¿Está usted seriamente considerando el dejar de fumar dentro de los próximos seis meses?

- Sí
  - No
- VAYA A LA PREGUNTA C5 más abajo**

C4. Más o menos, ¿hace cuánto tiempo que usted dejó de fumar cigarrillos completamente?

- Menos de 2 semanas
- De 2 semanas a menos de 1 mes
- De 1 mes a menos de 3 meses
- De 3 meses a menos de 6 meses
- De 6 meses a menos de 1 año
- De 1 año a menos de 5 años
- De 5 años a menos de 15 años
- Hace más de 15 años

C5. ¿Cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con esta aseveración?

“El acto de fumar es algo básico en las personas que no se puede cambiar mucho.”

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

C6. Hay varios recursos que utilizan las personas para ayudarles a dejar de fumar, como las líneas de ayuda telefónica (p.ej., 1-800-QUIT-NOW) o sitios Web (p.ej., [www.smokefree.gov](http://www.smokefree.gov))

Antes de que le contactaran para esta encuesta (sin importar el que usted fume o no), ¿había oído usted alguna vez de las líneas telefónicas o los sitios de Internet para dejar de fumar?

Sí

No → **VAYA A LA PREGUNTA C9 en la siguiente página**

C7. ¿Ha llamado usted a una línea telefónica o visitado un sitio de Internet buscando ayuda para dejar de fumar?

Sí

No

C8. ¿Qué probabilidad existe de que usted llame a una línea telefónica o visite un sitio de Internet buscando ayuda para dejar de fumar en el futuro?

Muy probable

Algo probable

Algo improbable

Muy improbable



### Tamaño de los cigarrillos, cigarros pequeños, cigarros y cigarritos.

C9. ¿Cuántos **puros, cigarrillos, o puros pequeños** con filtro ha fumado usted en toda su vida? Algunas marcas populares incluyen Macanudo, Romeo y Julieta, Black and Mild, Swisher Sweets, Prime Time, y Cheyenne

- Ninguno
- 1-10
- 11-20
- 21-50
- 51-99
- Por lo menos 100 o más

C10. Actualmente ¿fuma usted cigarros, cigarritos o cigarros pequeños con filtro todos los días, algunos días o nunca?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA C12 en la siguiente página**

C11. ¿Cuál es el tamaño de los cigarros, cigarritos o cigarros pequeños con filtro que usted suele fumar?

- Cigarro común o grande** como los de las marcas Macanudo, Romeo y Julieta, Arturo Fuente u otros
- Cigarros de tamaño medio o “cigarritos”** como los de las marcas Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, Phillies Blunts u otros
- Cigarros pequeños con filtro** como los de las marcas Prime Time, Winchester u otros

Por favor refiérase a las imágenes al lado derecho de esta página para contestar las preguntas C12 y C13.

C12. ¿De cuáles de los siguientes productos de tabaco había oído usted alguna vez?

- Hookah o pipa de agua con tabaco
- Cigarrillos electrónicos (como los de las marcas blu, NJOY o Logic)
- Pipa llena de tabaco
- Cigarrillos que enrolla usted mismo
- Rapé o Snus (como los de las marcas Camel, Marlboro, Skoal o Swedish Match)
- No he oído hablar de ninguno de estos productos de Tabaco

**VAYA A LA PREGUNTA**



Image 1. Hookah / pipa de agua

C13. ¿Cuál de los siguientes productos de tabaco ha probado usted alguna vez?

- Hookah o pipa de agua con tabaco
- Cigarrillos electrónicos (como los de las marcas blu, NJOY o Logic)
- Pipa llena de tabaco
- Cigarrillos que enrolla usted mismo
- Rapé o Snus (como los de las marcas Camel, Marlboro, Skoal o Swedish Match)
- Nunca he probado ninguno de estos productos de tabaco.



Image 2. Cigarrillos electrónicos

C14. ¿Ha usado tabaco de mascar, tabaco picado o en polvo (también llamado rapé, snus, snuff o dip), por lo menos 20 veces en su vida? Algunas marcas populares incluyen Redman, Levi Garrett, Beechnut, Skoal o Copenhagen

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA C16 en la siguiente**



Image 3. Snus

C15. ¿Usa usted actualmente tabaco para mascar o tabaco picado o en polvo (snus, snuff, o dip)?

- Todos los días
- Algunos días
- Nunca

C16. ¿Tuvo alguno de los productos de tabaco que usted consumió en los últimos 30 días un sabor a mentol (menta), clavo de olor, especias, alcohol (vino, coñac), dulces, frutas, chocolate u otros dulces?

- Sí
- No
- No sé
- No he usado ningún producto de tabaco en los últimos 30 días.

C17. De los cinco amigos o conocidos más cercanos con los que usted pasa tiempo regularmente, ¿cuántos de ellos usan alguna clase de tabaco?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

C18. ¿Cuán pronto después de despertarse suele usted usar algún producto de tabaco?

- No uso productos de tabaco
- En menos de 5 minutos
- De 6 a 30 minutos
- De 30 minutos a 1 hora
- Después de 1 hora pero menos de 24 horas
- Raramente deseo usar productos de tabaco

C19. Por favor, indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes aseveraciones:

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
a. La nicotina es la sustancia principal en el tabaco que hace que la gente quiera fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. La nicotina en los cigarrillos es la sustancia que causa la mayoría de los cánceres ocasionados por el fumar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. La adicción a la nicotina es algo que me preocupa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C20. En general, ¿cuán adictivas cree usted que son cada una de las cosas siguientes?

	<b>Nada adictivo</b>	<b>Moderadamente adictivo</b>	<b>Muy adictivo</b>
a.....Fumar cigarrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.....Fumar cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.....Usar tabaco para mascar, picado, o en polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.....Usando cigarrillos electrónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Fumar tabaco en una hookah o pipa de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Fumar cigarrillos que enrolla uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Fumar una pipa llena de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D: Creencias acerca de los Productos de Tabaco

D1. En el último año, ¿cuán frecuentemente ha pensado usted en las sustancias químicas contenidas en los productos de tabaco?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Por lo general

D2. ¿De dónde cree usted que vienen las sustancias químicas y el humo de los cigarrillos?

Escoja  ~~Sólo~~ una de las siguientes opciones.

- Todas las sustancias químicas en los cigarrillos vienen de la hoja de tabaco
- La mayor parte de las sustancias químicas en los cigarrillos vienen de la hoja de tabaco
- Las sustancias químicas en los cigarrillos vienen tanto de la hoja de tabaco como de las cosas que le añaden al tabaco
- La mayoría de las sustancias químicas en los cigarrillos vienen de cosas que le añaden al tabaco
- Todas las sustancias químicas de los cigarrillos vienen de cosas que le añaden al tabaco
- No creo que los cigarrillos contienen sustancias químicas

D3. ¿Cuánto tiempo tiene alguien que fumar cigarrillos antes de hacerle daño a su salud?

- Menos de 1 año
- 1 año
- 5 años
- 10 años
- 20 años o más

D4. ¿Cuánto daño cree usted que se hacen las personas cuando fuman unos cuantos cigarrillos todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Un poco de daño
- Mucho daño

D5. ¿Cuánto daño cree usted que se hacen las personas cuando fuman 10 o más cigarrillos al día?

- Ningún daño
- Poco daño
- Un poco de daño
- Mucho daño

D6. ¿Cuán dañino para la salud de una persona cree usted que es cada uno de los siguientes?

	<b>Nada dañinos</b>	<b>Moderadamente dañinos</b>	<b>Muy dañinos</b>
a. Fumar cigarrillos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fumar cigarros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Usar tabaco para mascar o tabaco picado o en polvo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Uso de cigarrillos electrónicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.....Fumar tabaco en una hookah o pipa de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.....Fumar cigarrillos que enrolla uno mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.....Fumar una pipa llena de tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. ¿Cree usted que los cigarrillos electrónicos o e-cigarettes, (como los de las marcas blu, NJOY o Ruyan) son menos dañinos para la salud, igual de dañinos para la salud, o más dañinos para la salud que los cigarrillos comunes?

- Menos dañinos
- Igualmente dañinos
- Más dañinos
- Nunca he oído hablar de los cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos
- No sé suficiente acerca de estos productos

D8. ¿Cree usted que algunos de los productos de tabaco sin humo, tales como el tabaco para mascar y el tabaco picado o en polvo, son menos dañinos para la salud que los cigarrillos?

- Sí
- No

D9. ¿Cuánto daño cree usted que se causan las personas cuando usan tabaco sin humo, como el tabaco para mascar y el tabaco picado o en polvo, todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Un poco de daño
- Mucho daño

D10. ¿Cuánto daño cree usted que se causan las personas cuando usan tabaco sin humo, como el tabaco para mascar y el tabaco picado o en polvo, algunos días pero no todos los días?

- Ningún daño
- Poco daño
- Un poco de daño
- Mucho daño

D11. Por favor, indique cuánto está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente aseveración:

“Es más seguro consumir tabaco ahora de lo que fue hace 5 años.”

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

D12. ¿Cree usted que algunos cigarrillos son menos dañinos que otros para la salud?

- Sí
- No

D13. ¿Piensa usted que alguien regula o controla las declaraciones que hacen las compañías de tabaco acerca del contenido o los efectos en la salud de sus productos de tabaco?

- Sí
- No
- No sé

**VAYA A LA PREGUNTA D15**

D14. ¿Quién piensa usted que regula o controla las declaraciones que hacen las compañías de tabaco acerca del contenido o los efectos en la salud de sus productos?

Escoja  **todas las que apliquen.**

- Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)
- Comisión Federal de Comercio (FTC)
- Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA)
- Institutos Nacionales de la Salud (NIH)
- Cirujano General de los Estados Unidos
- Industria del tabaco / Empresas de tabaco
- Ninguno de los anteriores

D15. ¿Cree usted que la Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) regula productos de tabaco en los Estados Unidos?

- Sí
- No
- No sé

D16. En su opinión, ¿cuán cualificada es la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para regular o controlar los productos de tabaco?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Mucho

## E: Creencias acerca lo que dicen de los cigarrillos

- E1. Si se compara un cigarrillo común con uno que se anuncia como “bajo en nicotina,” ¿pensaría usted que el cigarrillo “bajo en nicotina “ es...
- mucho más dañinos para su salud que un cigarrillo común?
  - un poco más dañinos para su salud que un cigarrillo común?
  - igualmente dañinos para su salud que un cigarrillo común?
  - un poco menos dañinos para su salud que un cigarrillo común?
  - mucho menos dañinos para su salud que un cigarrillo común?
- E2. Si se compara un cigarrillo común con uno que se anuncia como “bajo en nicotina,” ¿pensaría usted que el cigarrillo “bajo en nicotina “ es...
- mucho más adictivo que un cigarrillo común?
  - un poco más adictivo que un cigarrillo común?
  - igualmente adictivo que un cigarrillo común?
  - un poco menos adictivo que un cigarrillo común?
  - mucho menos adictivo que un cigarrillo común?
- E3. ¿Cuán creíble es que un cigarrillo pueda ser “bajo en nicotina”?
- Nada creíble
  - Un poco creíble
  - Algo creíble
  - Muy creíble
- E4. En su opinión, ¿qué probabilidad hay de que se puedan hacer productos de tabaco sin algunas de las sustancias químicas que son dañinas para la salud?
- Muy probable
  - Algo probable
  - Algo improbable
  - Muy improbable
- E5. Si un producto de tabaco alegara que es menos adictivo que otros productos de tabaco, ¿cuán probable sería el que usted usara ese producto?
- Muy probable
  - Algo probable
  - Algo improbable
  - Muy improbable

E6. Si un producto de tabaco alegara que es menos dañino para la salud que otros productos de tabaco, ¿cuán probable sería el que usted usara ese producto?

- Muy probable
- Algo probable
- Algo improbable
- Muy improbable

## F: Suplementos alimenticios

Las preguntas siguientes se refieren a suplementos alimenticios como vitaminas, minerales, hierbas y otros suplementos que usted puede añadir a su dieta regular.

F1. Por favor, indique si usted ha tomado uno o más de los siguientes tipos de suplementos alimenticios durante los últimos 12 meses.

	Sí	No
a. Suplementos de multi-vitaminas o multi-minerales, como One-A-Day, Mega-Vitamin, O Centrum Silver.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Vitaminas o minerales especializados o de un solo ingrediente, como calcio, vitamina B o magnesio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hierbas, productos botánicos u otros suplementos (sin incluir las vitaminas o minerales), como la equinácea, el ginko, el aceite de pescado, las píldoras de ajo, o la glucosamina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado algún problema de salud que usted pensó que podría estar relacionado con algún suplemento alimenticio que usted tomó?

- Sí
- No → **VAYA A LA PREGUNTA F6 en página 23**

F3. La última vez que tuvo usted un problema de ese tipo, ¿cuáles fueron los síntomas principales del problema?

Marque  ~~todos los que apliquen.~~

- Problemas cardíacos / dolor en el pecho
- Dolor abdominal
- Dolor de cabeza
- Salpullido
- Alergia / reacción
- Náusea
- Problemas de presión arterial
- Diarrea
- Calambres / Dolores musculares
- Problemas para dormir
- Mareos / desmayos
- Picazón
- Ansiedad / nerviosismo
- Somnolencia
- Vómitos
- Otros síntomas – especifique

F4. ¿Cuál(es) suplementos pensó usted que estaba(n) relacionado(s) con su problema?

Marque  ~~todos los que apliquen.~~

- Multi-vitaminas
- "Xenadrine"
- Vitaminas y minerales no especificados
- Hierro
- Ginko Biloba
- Vitamina C
- Calcio
- "Metabolife"
- Vitamina E
- Ginseng
- "Phen Phen"
- La Hierba de San Juan (Hipérico)
- Vitamina B
- Otro(s) suplemento(s) – especifique



F5. ¿Comunicó usted su problema a cualquiera de las siguientes instituciones o profesionales?

	Sí	No
a. Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Un departamento de salud o centro de control de envenenamientos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. El fabricante del suplemento dietético.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Su médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6. ¿Ha dado usted algún suplemento alimenticio a algún infante, niño o adolescente de su familia en los últimos 12 meses?

- Sí  
 No → **VAYA A LA PREGUNTA F9 en la siguiente página**

F7. Si respondió Sí a la pregunta anterior, ¿cuál fue la razón para usar el suplemento?

F8. Si respondió Sí a la pregunta anterior, por favor proporcione el nombre del suplemento o los suplementos:

F9. Si un suplemento alimenticio dice en su envase que “puede producir **efectos anticarcinogénicos** en el cuerpo,” ¿quiere eso decir que el producto puede hacer alguna de las cosas siguientes?

	Sí	No	No estoy seguro
a. Reducir el riesgo de cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tratar el cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Prevenir completamente el cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Curar el cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F10. Si un suplemento alimenticio dice en su envase que “puede producir **efectos anticarcinogénicos en el cuerpo,**” ¿quiere eso decir que el producto puede reducir el riesgo de:

- un solo tipo de cáncer?  
 unos pocos, o algunos tipos de cáncer?  
 todos los tipos de cáncer?  
 No estoy seguro

F11. Si un suplemento alimenticio dice en su envase que “puede **reducir el riesgo de ciertos cánceres**,” ¿quiere eso decir que el producto puede reducir el riesgo de:

- un solo tipo de cáncer?
- unos pocos, o algunos tipos de cáncer?
- todos los tipos de cáncer?
- No estoy seguro

## G: Creencias respecto al cáncer

G1. ¿Cuán de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada una de las frases siguientes?

	Muy de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. El cancer es causado con más frecuencia por el comportamiento o el estilo de vida de una persona.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Parece que todo causa cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. ¿Cuál de las siguientes es la que más se asemeja a su opinión sobre la manera en que pueden curarse los cánceres?

- Todos los tipos de cáncer pueden curarse de la misma manera
- Algunos tipos de cáncer, pero no todos, pueden curarse de la misma manera
- Todo tipo de cáncer se cura de una manera distinta.
- No hay cura para el cáncer

G3. ¿Cuál de las siguientes es la que más se asemeja a su opinión sobre la habilidad de las personas de evitar cáncer a través de lo que comen o beben?

- Todos los cánceres pueden evitarse a través de lo que las personas comen o beben.
- Algunos cánceres, pero no todos, pueden evitarse a través de lo que las personas comen o beben.
- Lo que las personas comen o beben no afecta su habilidad de evitar cánceres.

G4. ¿Cuál de las siguientes es la que más se asemeja a su opinión sobre la manera en que los suplementos alimenticios afectan la habilidad de las personas de evitar cáncer?

- Todos los cánceres pueden evitarse con suplementos alimenticios.
- Algunos tipos de cánceres pueden evitarse con suplementos alimenticios.
- Los suplementos alimenticios no afectan la habilidad de las personas de evitar el cáncer.

G5. ¿Cuál de las siguientes es la que más se asemeja a su opinión de usar suplementos alimenticios en vez de drogas o cirugía para tratar el cáncer?

- Todos los cánceres pueden tratarse con suplementos alimenticios en vez de drogas o cirugía.
- Algunos tipos de cánceres, pero no todos, pueden tratarse con suplementos alimenticios en vez de drogas o cirugía.
- Los cánceres no pueden tratarse con suplementos alimenticios.

## H: Los productos médicos y la seguridad de los alimentos

En esta sección, por favor piense en los reportajes de noticias que usted escucha sobre los productos médicos y los alimentos, las actividades de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. (FDA), y la manera en que éstas afectan lo que usted decide.

H1. ¿Cuánta atención le presta usted a los comunicados sobre una investigación de la FDA?

- Ninguna
- Un poco
- Mucho

H2. Si la FDA anuncia que está investigando un medicamento aprobado, ¿qué cree usted que eso significa?

- Se puede usar el medicamento con seguridad.
- Usted no está seguro de si se puede usar el medicamento con seguridad
- No es seguro usar el medicamento

H3. Muchas personas toman medicina para el dolor.

¿Con qué frecuencia usa medicina para el dolor que requiere receta médica?

- Más de cuatro veces al día
- De una a cuatro veces al día
- Menos de una vez al día
- No aplica

H4. ¿Con qué frecuencia usa medicina para el dolor que no requiere receta médica, como aspirina, acetaminofeno, ibuprofeno, o naproxeno?

- Más de cuatro veces al día
- De una a cuatro veces al día
- Menos de una vez al día
- No aplica

H5. Si retiran del mercado un medicamento recetado que usted toma y usted oye que algunas personas que toman el medicamento han sido hospitalizadas, usted...

	Sí	No	No estoy seguro
a. ¿Revisaría el número en su frasco de pastillas para ver si coincide con los números en el aviso de retiro del mercado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Dejaría de tomar el medicamento inmediatamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Continuaría tomando el medicamento, pero estaría pendiente de observar si desarrolla los síntomas reportados en el aviso de retiro del medicamento del mercado?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Le preguntaría a su médico qué debe hacer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H6. Si una marca de alimentos en lata que usted tiene en su casa fuera retirada del mercado porque algunas personas se enfermaron gravemente después de comerla, ¿cuán probable sería el que usted...

	Nada probable	Algo probable	Muy probable	No estoy seguro
a. cambiara de marcas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. preguntara a su médico qué es lo que debe hacer?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. cotejara el número de la lata para ver si coincide con alguno de los números en la comunicación sobre el retiro del producto?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. no comprara ninguna marca de esos alimentos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. no le prestara atención a la retirada del producto? / siguiera comprando y comiendo esa marca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Otro(s) – especifique_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; width: 300px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>				

H7. Es común el uso de láseres en productos como CDs, DVDs e impresoras láser. Los médicos usan láseres para tratar condiciones en la piel. También se usan láseres en espectáculos de luces durante conciertos.

¿Cuánto está usted de acuerdo con que la exposición a láseres puede hacerle daño a su piel y a sus ojos?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No tengo opinión



H8. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaraciones?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
a. Los alimentos que compro son seguros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Los cosméticos son sometidos a pruebas de seguridad antes de entrar al mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Los alimentos para las mascotas son sometidos a pruebas de seguridad antes de entrar al mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Los medicamentos que compro se someten a pruebas de seguridad antes de salir al mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Las vacunas que me dan se someten a pruebas de seguridad antes de salir al mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Las drogas que compro con receta médica son sometidas a pruebas de seguridad antes de entrar al mercado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H9. ¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente declaración?

El equipo médico se somete a pruebas para ver si es efectivo antes de entrar al mercado (incluyendo los espejuelos recetados, los audífonos, los kits para medir la glucosa en la sangre, los kits para hacer pruebas de embarazo y los lentes de contacto).

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo
- No tengo opinión

## I: Usted y su hogar

I1. ¿Qué edad tiene usted?

--	--	--

 Años

I2. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Escoja  ~~Solo~~ una de las siguientes opciones:

Empleado

Desempleado

Ama de casa

Estudiante

Retirado

Discapacitado

Otro – especifique ➔

--

I3. ¿Ha prestado usted alguna vez servicio activo en las fuerzas armadas, en la Reserva militar o en la Guardia Nacional de los EE.UU.? Servicio activo no incluye entrenamiento en las Reservas o en la Guardia Nacional, pero INCLUYE la activación, por ejemplo, para la guerra del Golfo Pérsico.

Sí, ahora estoy en servicio activo

Sí, estuve en servicio activo durante los últimos 12 meses pero no ahora

Sí, estuve en servicio activo en el pasado pero no durante los últimos 12 meses

No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional

No, nunca presté servicio militar

I4. ¿Cuál es su estado civil?

Casado/a

Unión libre

Divorciado/a

Viudo/a

Separado/a

Soltero/a, nunca he estado casado/a

15. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que ha completado?

- Menos de 8 años
- De 8 a 11 años
- 12 años o escuela secundaria completa
- Formación después de la escuela secundaria, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- Algún tiempo en la universidad
- Graduado de la universidad
- Postgraduado

16. ¿Nació en los Estados Unidos?

- Sí → **VAYA A LA PREGUNTA 18 más abajo**
- No

17. ¿En qué año vino a vivir a los Estados Unidos?

--	--	--	--

 Año

18. ¿Cuán bien habla usted inglés?

- Muy bien
- Bien
- No muy bien
- Nada en lo absoluto

19. ¿Es usted de origen hispano/a, latino/a, o español? Una categoría o más pueden ser seleccionadas.

Escoja  **una o más.**

- No, ni hispano/a, latino/a ni de origen español
- Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a
- Sí, portorriqueño/a
- Sí, cubano/a
- Sí, de otro origen hispano/a, latino/a o español



I10. ¿Cuál es su raza? Una o más categorías pueden ser seleccionadas.

Escoja  Una o más.

- Blanca
- Negra o afro-americana
- India Americana o nativa de Alaska
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra raza de las islas del Pacífico

I11. Incluyéndose usted, ¿cuántas personas viven en su hogar?

		Número de personas
--	--	--------------------

I12. **Empezando con usted**, marque el sexo y escriba la edad y mes de nacimiento de cada adulto de 18 años de edad o mayor que viva en esta dirección.

	Sexo	Edad	Mes de nacimiento (01-12)
USTED	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MISMO/A	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Adulto 2</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Adulto 3</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Adulto 4</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Adulto 5</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="text"/>	<input type="text"/>

I13. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar?

		Número de niños menores de 18 años de edad
--	--	--

I14. Actualmente, ¿usted renta o es dueño de su propia casa?

- Casa propia
- Renta
- Ocupa un lugar sin pagar renta

I15. ¿Hay algún miembro de su familia que tenga un teléfono celular que actualmente funciona?

- Sí
- No

I16. ¿Existe al menos un teléfono dentro de su hogar que funciona actualmente y no es un teléfono celular?

- Sí
- No

I17. Pensando en los miembros de su familia que viven en este hogar, ¿cuál es su ingreso anual combinado, es decir, los ingresos totales antes de impuestos de todas las fuentes de ganancia en el último año?

- \$0 a \$9,999
- \$10,000 a \$14,999
- \$15,000 a \$19,999
- \$20,000 a \$34,999
- \$35,000 a \$49,999
- \$50,000 a \$74,999
- \$75,000 a \$99,999
- \$100,000 a \$199,999
- \$200,000 o más



I18. Se considera usted...

- Heterosexual
- Homosexual o gay o lesbiana
- Bisexual
- Otra cosa – especifique ➔

I19. ¿Vive usted en la misma casa con alguien que usa productos de tabaco?

Sí

No

I20. ¿Cuántas personas en su casa usan productos de tabaco?

--	--

Número de usuarios de tabaco

I21. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

**Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.**

--	--

Minutos

--	--

Horas

I22. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

**Escoja  Todas las que apliquen.**

El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio

Una dirección con un número de ruta rural

Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box)

Una casilla postal de un establecimiento comercial (como Mailboxes R Us, Mailboxes Etc.)

---

## ¡Gracias!

- ▶ Por favor devuelva este cuestionario dentro del sobre con la estampilla pagada en un plazo de 2 semanas.
- ▶ Si se le ha perdido el sobre, mande su cuestionario completado a:

HINTS Study, TC 1046F  
Westat  
1600 Research Boulevard  
Rockville, MD 20850