

NONSMOKER WAVE A-I SURVEY IN SPANISH

Formulario aprobado

Número de OMB 0920-1083

Fecha de vencimiento XX/XX/20XX

Evaluación ampliada del Cuestionario para personas no fumadoras de la campaña nacional de educación pública para la prevención y el control del tabaco

Se calcula que el tiempo que le tomará a cada participante dar esta información será de 20 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 la manera de reducir el tiempo a CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1083).

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

1. Sí
2. No

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 los últimos 12 meses
7. Hace más de 1 año

- 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

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 vareniclina?

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 para vapear (usando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods u otros vaporizadores personales)

NB4_4. Sustituir algunos cigarrillos regulares con productos para vapear (usando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods u otros vaporizadores personales)

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 vareniclina

NB4_8. Obtener ayuda de una línea telefónica de ayuda para dejar de fumar

NB4_9. Obtener ayuda de un sitio web tal como Smokefree.gov o CDC.gov/Tips

NB4_10. Obtener ayuda de un doctor u otro profesional médico

NB4_11. Obtener ayuda de un farmacéutico

NB5. La última vez que trató de dejar de fumar, ¿fue motivado(a) por algunas de las siguientes cosas para dejar de fumar?

1. Sí 2. No

NB5_1. Un miembro de su familia o amigo(a) me animó a tratar de dejar de fumar

NB5_2. Los comerciales de televisión, anuncios de radio u otros tipos de anuncios que se enfocan en las consecuencias a la salud debidas al hábito de fumar

NB5_3. Mi doctor u otro profesional médico me aconsejaron tratar de dejar de fumar

NB5_4. Las restricciones del lugar de trabajo sobre fumar

NB5_5. Otro, especifique _____

Preguntas sobre productos electrónicos de vapor

Las siguientes preguntas se refieren a vapear (utilizando cigarrillos electrónicos, bolígrafos para vapear, JUULs, mods, otros vaporizadores personales). Los productos para vapear funcionan con batería y producen vapor en lugar de humo. Normalmente usan un líquido de nicotina, aunque la cantidad de nicotina puede variar y algunos no contienen nada de nicotina. Algunas marcas comunes son JUUL, Vuse, MarkTen, Logic y Blu.

Estas preguntas son acerca de productos electrónicos para vapear nicotina. El uso de productos electrónicos para vapear marihuana no se incluye en estas preguntas.



NB8. ¿Alguna vez ha vapeado, aunque sea una sola vez?

1. Sí
2. No

NB8a. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días vapeó?

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 vapea ...?

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

NB9a. En los días que vapea, ¿con qué frecuencia vapea?

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

NB9a. ¿Normalmente vapea con dispositivos desechables, dispositivos que usan cartuchos o dispositivos que usan atomizadores recargables?

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

1. Dispositivos desechables que no son recargables o rellenables
2. Dispositivos recargables que usan cápsulas (pods) o cartuchos, como JUULs
3. Dispositivos recargables que tienen largos atomizadores recargables
4. Tipo de dispositivo desconocido

NB9b_1. Cuando vapea, ¿normalmente el líquido/contenido contiene nicotina?

1. Sí
2. No

NB10.

¿Es alguna de las siguientes razones un motivo por el que probé vapear por primera vez/actualmente vapea?

1. Sí 2. No

NB10_1. Puedo vapear cuando o donde no se permite el uso de cigarrillos

NB10_2. Vapear puede hacerme menos daño que fumar cigarrillos

NB10_3. Me gustan los sabores

NB10_4. Vapear me puede ayudar a dejar de fumar o reducir el número de cigarrillos que fumo

NB10_5. Vapear me ayuda a controlar el deseo de fumar

NB10_6. Un amigo o un miembro de la familia me sugirió vapear como una manera para dejar de fumar

NB10_7. Un amigo o un miembro de la familia **[IF B9=3 INSERT: compartió/ IF B9=1 OR 2 INSERT: comparte]** su dispositivo para vapear conmigo

NB10_8. Vapear es popular entre las personas de mi edad

NB10_9. **[IF B9=3 INSERT: Tenía/ IF B9=1 OR 2 INSERT: Tengo]** curiosidad de vapear

NB10_10. Otro, especifique _____

NB13.

En su opinión, ¿vapear y fumar cigarrillos regularmente es...?

1. Mucho menos dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
2. Un poco menos dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
3. Igualmente dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos
4. Un poco más dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos regulares
5. Mucho más dañino a la salud de uno que fumar solo cigarrillos regulares

NB14.

¿Desea dejar de vapear por completo?

1. Sí
2. No

Ahora, le haremos algunas preguntas adicionales sobre los cigarrillos regulares.

NE9a. 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. 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 vareniclina?

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.

ND19. Por favor dígame si está muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo o muy de acuerdo con la siguiente declaración.

Fumar cigarrillos puede causar complicaciones médicas y enfermedades que requieren cirugías y procedimientos a tratar.

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

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
- NC1_19.** Cáncer del colon

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

SECCIÓN D: HUMO DE SEGUNDA MANO Y COMUNICACIÓN

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

NC4a. ¿Qué tan probable es que el respirar regularmente humo de segunda mano empeore el asma o cause infecciones o daños al pulmón de las personas que no fuman?

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

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

1. Sí
2. No

ND4. Durante 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], ¿motivó usted a un amigo(a) o algún miembro de su familia a dejar de fumar?

1. Sí
2. No

NE8b. Sin contar terrazas, porches o garajes, fumar dentro del hogar, ...

1. Siempre está permitido
2. Solo se permite en algunas ocasiones o en algunos lugares
3. Nunca se permite

NE9_1.

¿Está seriamente considerando aumentar las restricciones sobre fumar en su hogar?

1. Definitivamente sí
2. Probablemente sí
3. Probablemente no
4. Definitivamente no

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. Ninguna
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. Ninguna
2. Menos de una hora
3. Como 1 hora
4. Como 2 horas
5. Como 3 horas
6. Como 4 horas
7. 5 horas o más

NE4. ¿Qué tipo de conexión a Internet tiene para la computadora en su casa u otra computadora principal?

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

NE14. ¿Ha escuchado hablar del sitio web www.cdc.gov/Tips (<http://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/> en español)?

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

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

1. Sí
2. No

NE14d. En los últimos [FILL MONTHS] 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)

NF19_1.

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

1. Sí
2. No

NF19_2.

NF19_3.

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

[SHOW IMAGE "Tips_Twitter"]

1. Sí
2. No

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 vapear (utilizando, cigarrillos electrónicos u otros productos para vapear)

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

NF20_5. Inscribirse en un programa de envío de mensajes de texto para ayudarle a dejar de fumar

NF20_6. Diseñar un plan por Internet para ayudarle a dejar de fumar

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

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.

NF26_x.

En una escala del 1 al 5, donde 1 significa “nada” y 5 significa “mucho”, por favor indique qué tanto le hizo sentir este anuncio...

1	2	3	4	5
Nada				Mucho

NF26a_x. Tristeza

NF26b_x. Miedo

NF26d_x. Vergüenza

NF26f_x. Esperanza

NF26g_x. Motivación

NF26h_x. Comprensión

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 guión de un anuncio de radio que se ha transmitido en los Estados Unidos. Una vez que haya leído el guión a continuación, por favor haga clic en la flecha que apunta a la derecha para continuar con la encuesta.

NF35_x.

¿Ha escuchado este anuncio en el radio en los últimos [FILL MONTHS] meses, desde [CAMPAIGN LAUNCH DATE]?

1. Sí
2. No

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 paradas de autobús, 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(a) 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

NE37a

En los últimos XX meses, desde [DATE], ¿ha visto alguno de los siguientes anuncios en lugares públicos fuera de su hogar tales como carteles, paradas de autobús o interiores de autobuses?

1. Sí
2. No

Conocimiento de los anuncios de cigarrillos electrónicos

NF38.

Cuando va a una tienda pequeña, un supermercado o una gasolinera, ¿con qué frecuencia ve anuncios o promociones de productos para vapear?

1. Nunca voy a una tienda pequeña, supermercado o gasolinera
 2. Nunca
 3. Rara vez
 4. A veces
 5. La mayor parte del tiempo
 6. Siempre
-

SECCIÓN F: PREGUNTAS FINALES

NG1. ¿Cuántos niños de 17 años de edad o menores viven en su hogar por lo menos 50% del tiempo? Si no hay ninguno, ingrese "0". Incluya bebés y niños pequeños. Sus respuestas ayudarán a representar a toda la población de los Estados Unidos se mantendrán confidenciales. ¡Gracias!

_____ 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, sin diploma
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. Título profesional o doctorado

NG6.	<p>¿Cuál fue el ingreso combinado de todos los miembros de SU HOGAR, durante los ÚLTIMOS 12 MESES? Por favor incluya el ingreso de usted MÁS el ingreso de todas las personas que viven en su hogar (inclusive una pareja y miembros de las fuerzas armadas que vivan en el hogar). Por favor cuente el ingreso ANTES DE IMPUESTOS y de todas las fuentes (como sueldos, salarios, propinas, ingreso neto de un negocio, intereses, dividendos, manutención infantil, pensión alimenticia de la persona divorciada y seguro social, asistencia pública, pensiones o beneficios de jubilación).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de \$50,000 2. \$50,000 o más 3. No sabe
NG6a.	<p>Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 10. De \$35,000 a \$39,999 11. De \$40,000 a \$49,999
NG6b.	<p>Nos gustaría obtener un mejor estimado del ingreso total en su HOGAR en los últimos 12 meses antes de impuestos. ¿Fue...</p>

1. De \$50,000 a \$59,999
2. De \$60,000 a \$74,999
3. De \$75,000 a \$84,999
4. De \$85,000 a \$99,999
4. De \$100,000 a \$124,999
5. De \$125,000 a \$149,999
6. De \$150,000 a \$174,999
10. De \$175,000 a \$199,999
11. De \$200,000 a \$249,999
12. \$250,000 o más

NG7. ¿Es usted actualmente...?

1. Casado(a)
2. Viudo(a)
3. Divorciado(a)
4. Separado(a)
5. Nunca se ha casado

NG8. ¿Qué declaración a continuación describe mejor su situación laboral actual?

1. Trabaja – como empleado(a) 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(a)
7. No trabaja – otro

NG8a.

En su trabajo PRINCIPAL, ¿qué tipo de trabajo hace usted? Seleccione una sola respuesta.

1. Doctor médico (tal como un médico, cirujano, dentista, veterinario)
2. Otro profesional médico (tal como enfermera, farmacéutico, quiropráctico, dietista)
3. Técnico de salud (tal como un paramédico, técnico de laboratorio)
4. Personal de asistencia médica (tal como asistente de enfermería, asistente general, asistente dental)
5. Servicios de protección (policía, bomberos)
6. Preparar y servir alimentos
7. Limpieza y mantenimiento del edificio y del terreno del edificio
8. Cuidados y servicios personales (estilistas, trabajadores de la industria de juegos o de entretenimiento)
9. Representantes de ventas
10. Venta al por menor
11. Otras ventas
12. Personal de oficina y de apoyo administrativo
13. Agricultura y ganadería, industria forestal y pesca
14. Construcción y extracción
15. Instalación, mantenimiento y reparaciones
16. Producción de precisión (tal como operador de maquinaria, soldador, panadero, pintor, sastre)
17. Transportista y empleado de mudanza
18. Fuerzas Armadas
19. Administración
20. Profesional de negocios y operaciones financieras
21. Computación y matemáticas
22. Arquitectura e ingeniería
23. Ciencias biológicas, físicas y sociales
24. Servicios comunitarios y sociales
25. Abogado o juez
26. Maestro, excepto de 'college' y de universidad
27. Maestro de 'college' y de universidad
28. Otro, por favor especifique_____

NG9.

¿Cuántas encuestas web sobre cigarrillos o tabaco como esta completó durante los últimos 12 meses?

1. Ninguna
2. 1 encuesta
3. 2 encuestas
4. 3 encuestas
5. 4 encuestas
6. 5 o más encuestas

NG7a. ¿Actualmente está viviendo con una pareja con la que no está casado(a)?

1. Sí
2. No

NG10. Por favor indique su estado actual de servicio militar (seleccione una).

1. Servicio activo
2. Reserva militar
3. Guardia Nacional
4. Veterano o retirado(a) de las fuerzas armadas
5. Veterano o retirado(a) con una discapacidad asociada a; servicio militar
6. Civil: No tiene un registro de servicio militar

NG11. ¿Tiene ACTUALMENTE cobertura de alguno de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura de salud? Marque "sí" o "no" para cada tipo de cobertura.

1. Sí 2. No

NG15_1. Seguro médico a través de un empleador o sindicato actual o anterior

NG15_2. Seguro médico comprado directamente de una compañía de seguro médico

NG15_3. Medicare, para personas de 65 años de edad y mayores, o personas con ciertas discapacidades

NG15_4. Medicaid o algún tipo de plan de asistencia de gobierno para personas de bajos ingresos o discapacidades

NG15_5. TRICARE u otro seguro médico militar

NG15_6. Administración de Veteranos o "VA" (incluso aquellos que alguna vez estuvieron inscritos o que usaron el seguro médico de la "VA")

NG15_7. Servicios médicos para indios nativos americanos

NG15_8. Algún otro tipo de seguro médico o plan de cobertura de salud

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

1. Sí 2. No

- NG15_1.** Enfermedad de reflujo ácido/gástrico
- NG15_2.** Trastorno de hiperactividad y falta de atención (ADHD) o trastorno de déficit de atención (ADD)
- NG15_3.** Trastorno de ansiedad
- NG15_4.** Asma, bronquitis crónica o COPD (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- NG15_5.** Cáncer (cualquier tipo excepto cáncer de la piel)
- NG15_6.** Dolor crónico (tal como dolor de espalda, cuello o fibromialgia)
- NG15_7.** Depresión
- NG15_8.** Diabetes
- NG15_9.** Ataque al corazón
- NG15_10.** Enfermedad 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 hablarles a los demás sobre nuevas marcas o tecnología.

NG23.

¿Se considera usted...?

1. Heterosexual o "straight", es decir, no es gay
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 otorgará [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.

NADD1.

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, INSERT INCENTIVE VALUE FROM LOOKUP TABLE based on MNO; IF SAMPLE=ABS and incentive value is missing from lookup table, insert: "\$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.

Por favor, verifique su nombre y dirección de correo para poder enviarle el cheque por correo. Para asegurar que pueda depositar o canjear el cheque, por favor asegúrese de darnos su nombre Y apellido; si proporciona información incompleta o inexacta, es posible que no pueda depositar el cheque. Esta información no se va a asociar con sus respuestas a la encuesta de ninguna manera.

Por favor, seleccione los campos que desea actualizar. Si toda la información es correcta, por favor, seleccione: "Todo lo anterior es correcto."

- 1 Nombre (Primer/Apellido):
- 2 Dirección de correo postal:
- 3 Todo lo anterior es correcto

NADD1_1. Por favor use el teclado para escribir el nombre a quien quiere que le enviemos el cheque de incentivo:

Nombre _____

NADD1_2.

Por favor use el teclado para ingresar la dirección a donde debemos enviarle el cheque de incentivo:

Número y calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

NADD2.

¿Es correcta la información de contacto actualizada a continuación?

1. Sí

2. No

**NCONTA
CT_A.**

Gracias por participar en este importante estudio. Si ingresó su dirección en la pregunta anterior, su cheque por participar le llegará en las siguientes 4 a 6 semanas.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también tendrán la oportunidad de hacer por lo menos una encuesta más en el futuro, con recompensas y premios por la participación. ¿Estaría usted dispuesto(a) a participar en otra encuesta de CDC?

1. Sí

2. No

**NCONTA
CT_A1.**

¿Es esta la dirección a donde quiere que se le enviemos la próxima invitación de la encuesta de CDC?

1. Sí

2. No

**NCONTA
CT_A2.**

Por favor proporcione la dirección a donde quiere que le enviemos la próxima invitación de la encuesta de CDC.

Número y calle:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

**NCONTA
CT_B.**

Para que usted pueda participar en el futuro si decide hacerlo, por favor, proporcione su correo electrónico y el mejor número de teléfono para localizarle a continuación. Recuerde, usted se puede negar a responder cualquier encuesta llegado el momento si no desea hacerla.

Mi dirección de correo electrónico es:

El mejor número de teléfono para localizarme es:

**NCONTA
CT2_A.**

En caso de que no logremos localizarle al correo electrónico o al teléfono que nos proporcionó en la pregunta anterior, ¿tiene otra dirección de correo electrónico o número de teléfono alternativo para comunicarnos con usted?

Es muy importante para nosotros saber de usted para las encuestas futuras que le vamos a enviar y para poder asegurar que los responsables del estudio tienen los datos completos para este nuevo e importante estudio.

Dirección de correo electrónico alternativo:

Número de teléfono alternativo para comunicarnos con usted: