



# U.S. FOOD & DRUG ADMINISTRATION

## ¿Quién debe completar esta encuesta?

- Un adulto de 18 años o más que: (1) ha vivido o se ha quedado en esta dirección por más de 2 meses y (2) tenga conocimiento sobre este hogar.
- Por favor, no haga que un adulto que solo está de visita en el hogar de manera temporal complete esta encuesta. Al responder las preguntas, no incluya a nadie que esté fuera del hogar en la escuela o en el servicio militar o a nadie que esté visitando el hogar de manera temporal.

SI NADIE en el hogar reúne estas características



MARQUE EL CASILLERO A CONTINUACIÓN Y ENVÍE LA ENCUESTA DE REGRESO EN EL SOBRE ADJUNTO

Nadie en el hogar reúne estas características.

## Instrucciones para la encuesta

**Marque su respuesta llenando el espacio (n) o marcando con una X (x).**

¿Acepta participar en esta breve encuesta para ver si usted o un miembro de su hogar reúne las características para participar en el estudio?

- Sí, acepto participar en esta encuesta.
- No, no deseo participar en esta encuesta.

## Preguntas de la encuesta

**Las primeras preguntas son sobre las personas que viven o se quedan en este hogar.**

**1. Incluido usted, ¿cuántos adultos de 18 años o más viven o se quedan en esta dirección?**

- **NO INCLUYA** a nadie que esté viviendo en otro lugar por más de 2 meses, como un estudiante universitario que vive fuera del hogar o alguien que esté movilizado en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos.

- 1  
 2  
 3  
 4  
 5 o más

**2. Incluido usted, ¿cuántos adultos (de 18 años o más) que viven o se quedan en este hogar se clasifican en cada grupo de edad? (Marque una respuesta para cada fila)**

	Cantidad de adultos incluido usted		
	0	1	2 o
18 a 24 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 a 34 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 a 54 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 a 64 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 años o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. ¿Cuántos niños que viven o se quedan en este hogar se clasifican en cada grupo de edad?**

*(Marque una respuesta para cada fila)*

	Cantidad de niños		
	0	1	2 o más
0 a 5 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 a 17 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Incluido usted, ¿cuántos adultos de 18 años o más que viven o se quedan en este hogar... ? (Marque una respuesta para cada fila)**

	Cantidad de adultos incluido usted		
	0	1	2 o más
Tienen un título de asociado, una licenciatura, un título de posgrado o de formación profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuvieron algunos estudios universitarios, pero no tienen un título	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tienen un diploma de escuela preparatoria o high school o un diploma de GED o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ¿Alguien que vive o se queda en este hogar es...?**

	Sí	No
Indígena de las Américas o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hispano o latino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. ¿Qué opción describe mejor el idioma que se habla en su hogar?**

- Solo inglés
- Mayormente inglés
- Mayormente español
- Mayormente otro idioma

**7. ¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor el ingreso total de su hogar de todas las fuentes en los últimos 12 meses?**

- Menos de \$10,000 dólares
- De \$10,000 a menos de \$30,000 dólares
- De \$30,000 a menos de \$50,000 dólares

- De \$50,000 a menos de \$70,000 dólares
- De \$70,000 a menos de \$110,000 dólares
- \$110,000 dólares o más

**Las siguientes preguntas se tratan de su hogar.**

**8. ¿Es esta vivienda...**

- Propiedad suya o de alguien en este hogar?
- Alquilada?
- Ocupada sin pago de alquiler?

**9. En esta casa, apartamento o casa móvil, ¿tiene usted o algún miembro de este hogar acceso a Internet?**

- Sí, pagando a una compañía de teléfonos celulares o proveedor de servicio de Internet
- Sí, sin pagar a una compañía de teléfonos celulares o proveedor de servicio de Internet
- No, no hay acceso a Internet en esta casa

**10. En los últimos 12 meses, ¿recibió usted o algún otro miembro de este hogar beneficios del Programa de Cupones de Alimentos o SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? *NO incluya ayuda de WIC, ni del Programa de Almuerzos Escolares, ni de bancos de alimentos.***

- Sí
- No

**La siguiente pregunta es sobre fumar cigarrillos.**

**11. ¿Alguno de los adultos (de 18 años o más) que viven o se quedan en este hogar fuman cigarrillos actualmente?**

- Sí
- No

**Proporcione la siguiente información para que podamos comunicarnos con usted si determinamos que su hogar reúne las características para el estudio:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_ - \_ -

**¿Es este un número de teléfono celular? Sí No**

**¿Podemos enviarle mensajes de texto sobre la encuesta? Sí No**

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Ha llegado al final de la encuesta.**

**Gracias por su tiempo.**

Envíe de regreso esta encuesta a RTI en el sobre que proporcionamos, que tiene dirección y no necesita estampillas.

O envíela por correo postal a:

**RTI International**

ATTN: DATA CAPTURE (0218228.001.003)

5265 Capital Boulevard

Raleigh, NC 27690-1653

Si tiene alguna pregunta, puede llamarnos al 1-866-800-9177 o enviarnos un mensaje de correo electrónico a [HealthAndMediaStudy@rti.org](mailto:HealthAndMediaStudy@rti.org)

Número de OMB: [FILL NUMBER]

Fecha de vencimiento: [FILL DATE]

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites: Se estima que la duración promedio de la carga pública para esta recopilación de información es de 5 minutos por respuesta. Envíe comentarios sobre la estimación de esta carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir la carga, a [PRASStaff@fda.hhs.gov](mailto:PRASStaff@fda.hhs.gov).

