

OMB # 0925-0538
Expiration Date: April 30, 2016

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?

AdultsInHH

1 Sí

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

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

MailHHAdults

--	--

3. **El adulto con la próxima fecha de cumpleaños debe completar el cuestionario.** Así, en todos los hogares, HINTS incluirá respuestas de adultos 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 1-888-738-6805

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.

NOTIFICACIÓN AL PARTICIPANTE SOBRE EL ESTIMADO DE CARGA: 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, completar y revisar la recopilación de información. **Una agencia no puede realizar 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 (OMB 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? *SeekHealthInfo*

- 1 Sí
- 2 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: *WhereSeekHealthInfo*

- 1 Libros
- 2 Folletos, hojas volantes, etc.
- 5 Organización de salud pública
- 4 Familia
- 5 Amigos/Compañeros de trabajo
- 6 Médico o proveedor de cuidado de la salud
- 7 Internet
- 8 Biblioteca
- 9 Revistas
- 10 Periódicos
- 11 Número de información telefónica
- 12 Practicante de medicina complementaria, alternativa o no convencional

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..... <i>LotOfEffort</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Se sintió frustrado buscando información..... <i>Frustrated</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Le preocupaba la calidad de la información..... <i>ConcernedQuality</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. La información que encontró era difícil de entender.... <i>TooHardUnderstand</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4



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..... <i>TrustDoctor</i>	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... <i>TrustFamily</i>	4	3	2	1
c. Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Medicamentos y Alimentos 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))..... <i>TrustGov</i>	4	3	2	1
d. Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros)..... <i>TrustHealthOrgs</i>	4	3	2	1
e. Organizaciones de caridad..... <i>TrustCharities</i>	4	3	2	1
f. Organizaciones y líderes religiosos..... <i>TrustReligiousOrgs</i>	4	3	2	1

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

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

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

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

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

días





Cigarrillos electrónicos

Las preguntas A8-A11 se refieren a cigarrillos electrónicos o a e-cigarrillos, tales como los que se muestran en la imagen de arriba. También pueden conocerse como plumas-vape (vaporizadoras) plumas hookah, e-hookahs o vaporizadores. Algunos parecen cigarrillos y otros parecen plumas o pequeñas pipas. Funcionan con baterías, por lo general contienen nicotina líquida, y producen vapor en lugar de humo.

A8. ¿Alguna vez ha buscado información sobre los cigarrillos electrónicos de cualquier fuente?

LookedECig

1 Sí

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

A9. ¿Qué tipo de información sobre los cigarrillos electrónicos ha buscado alguna vez de cualquier fuente?

Escoja **todas las que apliquen.**

1 Efectos sobre la salud *ECig_Health*

1 Uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar o reducir el fumar *ECig_Quit*

1 Lista de sustancias químicas que contienen los cigarrillos electrónicos *ECig_Chemicals*

1 Costo / Cupones *ECig_Cost*

1 Instrucciones / Guía *ECig_Instructions*

1 Dónde comprar *ECig_WhereBuy*

1 Evaluaciones / calificaciones de las marcas *ECig_Reviews*

1 Otra información – especifique →

ECig_Other_OS

ECig_Other

ECig_Cat



A10. ¿Qué información buscaba la última vez que buscó información acerca de cigarrillos electrónicos?

Escoja sólo una de las siguientes opciones. ECigInfoSeek

- 1 Efectos sobre la salud
- 2 Uso de cigarrillos electrónicos para dejar de fumar o reducir el fumar
- 3 Lista de sustancias químicas que contienen los cigarrillos electrónicos
- 4 Costo / Cupones
- 5 Instrucciones / Guía
- 6 Dónde comprar
- 7 Evaluaciones / calificaciones de las marcas
- 91 Otra información – especifique →

ECigInfoSeek_OS

A11. Por lo general, ¿cuánto confiaría usted en la información acerca de cigarrillos electrónicos de cada una de las siguientes?

	Nada en absoluto	Un poco	Algo	Mucho
a. Un doctor / farmacéutico / proveedor de servicios de salud..... ECigTrustDoctor	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... ECigTrustFamily	4	3	2	1
c. Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Medicamentos y Alimentos 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))..... ECigTrustGov	4	3	2	1
d. Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros)..... ECigTrustHealthOrgs	4	3	2	1
e. Organizaciones y líderes religiosos..... ECigTrustReligiousOrgs	4	3	2	1
f. Empresas de tabaco..... ECigTrustTobaccoCo	4	3	2	1
g. Compañías de cigarrillos electrónicos..... ECigTrustECigCo	4	3	2	1



A12. ¿Alguna vez ha buscado cualquiera de la siguiente información sobre los productos de tabaco (por ejemplo, cigarrillos, cigarros o tabaco para mascar) de cualquier fuente?

Escoja **todas las que apliquen.**

- Efectos sobre la salud `Tobacco_Health`
- Productos que aseguran reducir la exposición a ciertas sustancias químicas o presentan un menor riesgo de enfermedad `Tobacco_ReduceExp`
- Ayuda /información para dejar de fumar `Tobacco_Quitting`
- Lista de sustancias químicas en los productos de tabaco `Tobacco_Chemicals`
- Costo / Cupones `Tobacco_Cost`
- Instrucciones / Guía `Tobacco_Instructions`
- Dónde comprar `Tobacco_WhereBuy`
- Información sobre las nuevas clases de productos de tabaco `Tobacco_NewProd`
- Nunca he buscado información como ésta → **VAYA A LA PREGUNTA A14 más abajo** `Tobacco_Never`
- Otra información – especifique →

<code>Tobacco_Other_OS</code>

`Tobacco_Other`
`Tobacco_Cat`

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 `RecentTobacco_Health`
- Productos que aseguran reducir la exposición a ciertas sustancias químicas o presentan un menor riesgo de enfermedad `RecentTobacco_ReduceExp`
- Ayuda /información para dejar de fumar `RecentTobacco_Quitting`
- Lista de sustancias químicas en los productos de tabaco `RecentTobacco_Chemicals`
- Costo / Cupones `RecentTobacco_Cost`
- Instrucciones / Guía `Tobacco_Instructions`
- Dónde comprar `RecentTobacco_WhereBuy`
- Información sobre las nuevas clases de productos de tabaco `RecentTobacco_NewProd`
- Otra información – especifique →

<code>RecentTobacco_Other_OS</code>

`RecentTobacco_Other`
`RecentTobacco_Cat`

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

- 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..... <i>TobaccoTrustDoctor</i>	4	3	2	1
b. Familia o amigos..... <i>TobaccoTrustFamily</i>	4	3	2	1
c. Agencias de salud del gobierno (p.ej., la Administración de Medicamentos y Alimentos 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))..... <i>TobaccoTrustGov</i>	4	3	2	1
d. Organizaciones o grupos de salud (p.ej., la Sociedad Americana del Cáncer, la Asociación Americana del Pulmón u otros)..... <i>TobaccoTrustHealthOrgs</i>	4	3	2	1
e. Organizaciones y líderes religiosos..... <i>TobaccoTrustReligiousOrgs</i>	4	3	2	1
f. Empresas de tabaco..... <i>TobaccoTrustTobaccoCo</i>	4	3	2	1

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..... <i>TobaccoEffects_TV</i>	1	2	3
b. Sitios web de noticias (por ejemplo, CNN.com)..... <i>TobaccoEffects_NewsWWW</i>	1	2	3
c. Sitios web de salud (por ejemplo, WebMD.com)..... <i>TobaccoEffects_HealthWWW</i>	1	2	3
d. Sitios web del gobierno (por ejemplo, FDA.gov)..... <i>TobaccoEffects_GovWWW</i>	1	2	3
e. Medios sociales (como Facebook o Twitter)..... <i>TobaccoEffects_SocialWWW</i>	1	2	3
f. Revistas..... <i>TobaccoEffects_Magazines</i>	1	2	3
g. Periódicos..... <i>TobaccoEffects_Newspapers</i>	1	2	3
h. Radio..... <i>TobaccoEffects_Radio</i>	1	2	3
i. Cartelera..... <i>TobaccoEffects_Billboard</i>	1	2	3
j. Transporte público..... <i>TobaccoEffects_PublicTrans</i>	1	2	3
k. Envíos postales..... <i>TobaccoEffects_Mailings</i>	1	2	3
l. Evento comunitario..... <i>TobaccoEffects_CommunityEv</i>	1	2	3
m. Punto de venta (como fuera o dentro de tiendas pequeñas, farmacias o supermercados)..... <i>TobaccoEffects_POS</i>	1	2	3



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? *UseInternet*

- 1 Sí
 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA C1 en página 9**

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

	A diario	A veces	Nunca	No se aplica
a. Computadora en casa..... <i>WhereUseInternet_Home</i>	1	2	3	4
b. Computadora en el trabajo..... <i>WhereUseInternet_Work</i>	1	2	3	4
c. Computadora en la escuela..... <i>WhereUseInternet_School</i>	1	2	3	4
d. Computadora en un lugar público (biblioteca, centro comunitario, otro)..... <i>WhereUseInternet_PublicPlace</i>	1	2	3	4
e. En un dispositivo móvil (teléfono celular / smartphone / tableta)..... <i>WhereUseInternet_MobileDevice</i>	1	2	3	4
f. En un dispositivo de juegos / "Smart TV"..... <i>WhereUseInternet_GamingDevice</i>	1	2	3	4
g. Otro..... <i>WhereUseInternet_Other</i>	1	2	3	4

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?

NoticeHealthInfoInternet

- 1 Sí
 2 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?

ReadHealthInfoInternet

- 1 Una vez o más al mes
 2 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?

	Sí	No
a. Buscó información médica o de salud para usted..... <i>IntRsn_SelfHealthInfo</i>	1	2
b. Buscó información médica o de salud para otra persona..... <i>IntRsn_HealthInfoSE</i>	1	2
c. Buscó información sobre cómo dejar de fumar..... <i>IntRsn_InfQuitSmoking</i>	1	2
d. Participó en un foro o grupo de apoyo en línea para personas con un problema médico o de salud similar..... <i>IntRsn_SupportGroup</i>	1	2
e. Usó un sitio Web para buscar ayuda con su dieta, peso o actividad física..... <i>IntRsn_DietWebsite</i>	1	2
f. Buscó un proveedor de salud..... <i>IntRsn_HCProviderSearch</i>	1	2
g. Descargó información sobre la salud a un dispositivo móvil como un reproductor MP3, teléfono celular, computadora tableta o dispositivo electrónico de lectura..... <i>IntRsn_PDADownload</i>	1	2
h. Compartió información sobre la salud en sitios de medios sociales, como Facebook o Twitter..... <i>IntRsn_SharedSocNet</i>	1	2
i. Intercambiar apoyo sobre problemas de la salud con familiares o amistades.... <i>IntRsn_ExchangedSupport</i>	1	2
j. Mantuvo un registro de información personal de salud, tal como cuidado recibido, resultados de pruebas o citas médicas futuras..... <i>IntRsn_TrackedPHR</i>	1	2
k. Vió un vídeo relacionado con la salud en YouTube..... <i>IntRsn_YouTube</i>	1	2



C: Uso de Productos de Tabaco

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

Smoke100

- 1 Sí
- 2 No

C2. ¿Con que frecuencia fuma usted cigarrillos ahora?

SmokeNow

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca → **VAYA A LA PREGUNTA C4 más abajo**

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

ConsiderQuit

- 1 Sí
- 2 No } **VAYA A LA PREGUNTA C5 más abajo**

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

WhenQuitSmoke

- 9 Menos de 2 semanas
- 10 De 2 semanas a menos de 1 mes
- 2 De 1 mes a menos de 3 meses
- 3 De 3 meses a menos de 6 meses
- 4 De 6 meses a menos de 1 año
- 5 De 1 año a menos de 5 años
- 6 De 5 años a menos de 15 años
- 7 Hace 15 años o más
- 8 Nunca he fumado cigarrillos

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."

SmokingOpinion

- 1 Muy de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Algo en desacuerdo
- 4 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)

Antes de ser contactado para esta encuesta (sin importar que usted fume o no) ¿había escuchado alguna vez de las líneas de ayuda telefónica o sitios web para obtener ayuda para poder dejar de fumar? *AwareQuitlineSite*

1 Sí

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

C7. ¿Alguna vez ha llamado una línea de ayuda telefónica o ha visitado un sitio web en busca de ayuda para dejar de fumar? *EverCalledQuitlineSite*

1 Sí

2 No

C8. ¿Cuán probable es que usted llame a una línea de ayuda o visite un sitio web en el futuro para obtener ayuda para dejar de fumar? *FutureCallQuitlineSite*

1 Muy probable

2 Algo probable

3 Algo improbable

4 Muy improbable





Tamaño de los cigarros, cigarritos, cigarros pequeños con filtro y cigarrillos.

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

- 0 Ninguno
- 1 1-10
- 2 11-20
- 3 21-50
- 4 51-99
- 5 100 o más

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

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 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? **SizeCigarsSmoked**

Escoja sólo una de las siguientes opciones.

- 1 **Cigarro común o grande** como los de las marcas Macanudo, Romeo y Julieta, Arturo Fuente u otros
- 2 **Cigarros de tamaño medio o “cigarritos”** como los de las marcas Black and Mild, Swisher Sweets, Dutch Masters, Phillies Blunts u otros
- 3 **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 - C15.

C12. Antes de esta encuesta, ¿cuál de los siguientes productos de tabaco había oído mencionar alguna vez?

Escoja **todas las que apliquen.**

- Hookah o pipa de agua con tabaco
TobaccoHeard_Hookah
 - Cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos (como el blu, NJOY o Logic), también conocidos como plumas vaporizadoras, e-hookahs o vaporizadores electrónicos
TobaccoHeard_ECig
 - Pipa llena de tabaco
TobaccoHeard_Pipe
 - Cigarrillos que enrolla usted mismo
TobaccoHeard_RollOwn
 - Rapé o Snus (como los de las marcas Camel snus, General snus, Marlboro snus, and Nordic Ice)
TobaccoHeard_Snus
 - No he oído hablar de ninguno de estos productos de tabaco → **VAYA A LA PREGUNTA C14 más abajo**
TobaccoHeard_NeverHeard
- TobaccoHeard_Cat

C13. ¿Cuál de los siguientes productos de tabaco ha probado por lo menos una vez en su vida?

Escoja **todas las que apliquen.**

- Hookah o pipa de agua con tabaco
TobaccoTried_Hookah
- Cigarrillos electrónicos o e-cigarrillos (como el blu, NJOY o Logic), también conocidos como plumas vaporizadoras, e-hookahs o vaporizadores electrónicos
TobaccoTried_ECig
- Pipa llena de tabaco
TobaccoTried_Pipe
- Cigarrillos que enrolla usted mismo
TobaccoTried_RollOwn
- Rapé o Snus (como los de las marcas Camel snus, General snus, Marlboro snus, and Nordic Ice)
TobaccoTried_Snus
- Nunca he probado ninguno de estos productos de tabaco. TobaccoTried_NeverTried
TobaccoTried_Cat

C14. ¿Ha usado tabaco de mascar, snus, snuff o dip por lo menos 20 veces en toda su vida? Algunas marcas populares son Red Man, Levi Garrett, BEECH-NUT, Skoal o Copenhagen. UsedTobacco20Times

- 1 Sí
- 2 No

C15. ¿Actualmente usa tabaco para mascar, rapé, snus, o dip todos los días, algunos días o nunca? UseTobaccoNow

- 1 Todos los días
- 2 Algunos días
- 3 Nunca



Imagen 1. Hookah / pipa de agua



Imagen 2. Cigarrillos electrónicos

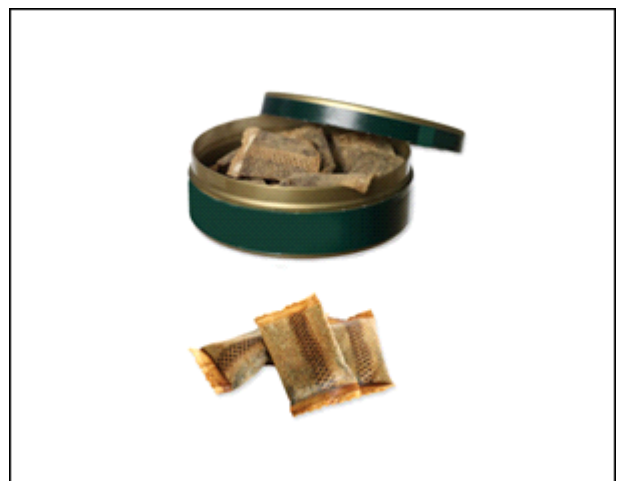


Imagen 3. Snus

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? *UseFlavoredTobacco*

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No sé
- 4 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?

FriendsUseTobacco

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

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

UseTobaccoWakeUp

- 1 No uso productos de tabaco
- 2 En menos de 5 minutos
- 3 De 6 a 30 minutos
- 4 De 31 minutos a 60 minutos
- 5 Después de 60 minutos
- 6 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	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	No lo sé
a. La nicotina es la sustancia principal en el tabaco que hace que la gente quiera fumar..... <i>NicotineWantSmoke</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. La nicotina en los cigarrillos es la sustancia que causa la mayoría de los cánceres ocasionados por el fumar..... <i>NicotineCauseCancer</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. La adicción a la nicotina es algo que me preocupa..... <i>NicotineAddictionConcern</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



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

	Nada adictivo	Moderadamente adictivo	Muy adictivo	No lo se
a. Fumar cigarrillos..... <i>Addictive_Cigarettes</i>	1	2	3	4
b. Fumar cigarros..... <i>Addictive_Cigars</i>	1	2	3	4
c. Usar tabaco para mascar, picado, o en polvo..... <i>Addictive_Smokeless</i>	1	2	3	4
d. El uso de cigarrillos electrónicos o los e-cigarrillos (también conocidos como plumas vaporizadoras, e-hookahs o vaporizadores electrónicos)..... <i>Addictive_ECigs</i>	1	2	3	4
e. Fumar tabaco en una hookah o pipa de agua..... <i>Addictive_Hookah</i>	1	2	3	4
f. Fumar cigarrillos que enrolla uno mismo..... <i>Addictive_RollOwn</i>	1	2	3	4
g. Fumar una pipa llena de tabaco..... <i>Addictive_Pipe</i>	1	2	3	4

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? *ThoughtChemicalsTobacco*

- 1 Nunca
- 2 Rara vez
- 3 A veces
- 4 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. *WhereCigaretteChemicals*

- 1 Todas las sustancias químicas provienen de la hoja de tabaco
- 2 La mayor parte de las sustancias químicas provienen de la hoja del tabaco
- 3 Las sustancias químicas provienen por igual de la hoja de tabaco y de otras cosas añadidas al tabaco
- 4 La mayoría de las sustancias químicas provienen de otras cosas añadidas al tabaco
- 5 Todas de las sustancias químicas provienen de otras cosas añadidas al tabaco
- 6 No creo que haya ninguna sustancia química en los cigarrillos ni en el humo del cigarillo

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

CigarettesHarmHealth

- 1 Menos de 1 año
- 2 1 año
- 3 5 años
- 4 10 años
- 5 20 años o más



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

- 1 Ningún daño
- 2 Poco daño
- 3 Un poco de daño
- 4 Mucho daño

D5. ¿Cuánto daño cree usted que se hacen las personas cuando fuman 10 o más cigarrillos al día? *Harm10Cigarettes*

- 1 Ningún daño
- 2 Poco daño
- 3 Un poco de daño
- 4 Mucho daño

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

	Nada dañinos	Moderadamente dañinos	Muy dañinos
a. Fumar cigarrillos..... <i>Harmful_Cigarettes</i>	1	2	3
b. Fumar cigarros..... <i>Harmful_Cigars</i>	1	2	3
c. Usar tabaco para mascar o tabaco picado o en polvo..... <i>Harmful_Smokeless</i>	1	2	3
d. Uso de cigarrillos electrónicos..... <i>Harmful_ECigs</i>	1	2	3
e. Fumar tabaco en una hookah o pipa de agua..... <i>Harmful_Hookah</i>	1	2	3
f. Fumar cigarrillos que enrolla uno mismo..... <i>Harmful_RollOwn</i>	1	2	3
g. Fumar una pipa llena de tabaco..... <i>Harmful_Pipe</i>	1	2	3

D7. Ahora hay nuevos tipos de cigarrillos disponibles que son llamados cigarrillos electrónicos o los e-cigarrillos (también conocidos como plumas vaporizadoras, plumas hookah, e-hookahs o e-vaporizadores). Estos productos proporcionan nicotina a través de un vapor. Comparado con el fumar cigarrillos, ¿diría usted que los cigarrillos electrónicos son...

ElectCigLessHarm

- 1 Mucho menos perjudiciales
- 2 Menos perjudiciales
- 3 Igualmente perjudiciales
- 4 Más perjudiciales
- 5 Mucho más perjudiciales
- 6 Nunca he escuchado de los cigarrillos electrónicos
- 7 No sé lo suficiente acerca de estos productos

D8. En su opinión, ¿cree usted que algunos productos de tabaco sin humo como el tabaco de mascar, snus y snuff son menos perjudiciales para la salud de una persona que los cigarrillos?

SmokelessLessHarm

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé



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?

DailySmokeLessHarm

- 1 Ningún daño
- 2 Poco daño
- 3 Un poco de daño
- 4 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?

SomeDaysSmokeLessHarm

- 1 Ningún daño
- 2 Poco daño
- 3 Un poco de daño
- 4 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."

TobaccoSaferNow

- 1 Muy de acuerdo
- 2 Algo de acuerdo
- 3 Algo en desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo

D12. En su opinión, ¿cree usted que algunos tipos de cigarrillos son menos perjudiciales para la salud de una persona que otros tipos?

CigLessHarm

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé



D13. ¿Cree usted que alguien regula las declaraciones de las compañías tabacaleras sobre el contenido o los efectos para la salud de sus productos de tabaco?

AnyoneRegulateTobacco

- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No lo sé
- } VAYA A LA PREGUNTA D15 más abajo

D14. ¿Quién cree usted que regula las declaraciones que las compañías tabacaleras hacen sobre el contenido o los efectos sobre la salud de sus productos de tabaco?

Escoja todas las que apliquen.

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

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

FDARegulateTobacco

- 1 Sí
- 2 No
- 3 No lo sé

D16. En su opinión, ¿cuán calificada está la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para regular los productos de tabaco?

FDAQualifiedTobacco

- 4 Nada en absoluto
- 3 Un poco
- 2 Algo
- 1 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... [LowNicotineHarmful](#)
- 1 mucho más dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - 2 un poco más dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - 3 igualmente dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - 4 un poco menos dañinos para su salud que un cigarrillo común?
 - 5 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... [LowNicotineAddictive](#)
- 1 mucho más adictivo que un cigarrillo común?
 - 2 un poco más adictivo que un cigarrillo común?
 - 3 igualmente adictivo que un cigarrillo común?
 - 4 un poco menos adictivo que un cigarrillo común?
 - 5 mucho menos adictivo que un cigarrillo común?
- E3. ¿Cuán creíble es que un cigarrillo pueda ser "bajo en nicotina"? [LowNicotineBelievable](#)
- 1 Nada creíble
 - 2 Un poco creíble
 - 3 Algo creíble
 - 4 Muy creíble
- E4. ¿Qué probabilidad cree que hay de que los productos de tabaco se puedan fabricar sin algunas de las sustancias químicas que son perjudiciales para la salud? [TobaccoWithoutChemicals](#)
- 1 Muy probable
 - 2 Algo probable
 - 3 Algo improbable
 - 4 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? [TobaccoLessAddictive](#)
- 1 Muy probable
 - 2 Algo probable
 - 3 Algo improbable
 - 4 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? **TobaccoLessHarmful**

- 1 Muy probable
- 2 Algo probable
- 3 Algo improbable
- 4 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..... <i>Supplements_MultiVites</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Vitaminas o minerales especializados o de un solo ingrediente, como calcio, vitamina B o magnesio..... <i>Supplements_SingleVites</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
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..... <i>Supplements_Herbs</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

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?

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA F6 en página 21**



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 cardiacos / dolor en el pecho `SuppSymptom_Heart`
- Dolor abdominal `SuppSymptom_Abdominal`
- Dolor de cabeza `SuppSymptom_Headache`
- Salpullido `SuppSymptom_Rashes`
- Alergia / reacción `SuppSymptom_Allergy`
- Náusea `SuppSymptom_Nausea`
- Problemas de presión arterial `SuppSymptom_BP`
- Diarrea `SuppSymptom_Diarrhea`
- Calambres / Dolores musculares `SuppSymptom_Cramping`
- Problemas para dormir `SuppSymptom_Sleep`
- Mareos / desmayos `SuppSymptom_Dizziness`
- Picazón `SuppSymptom_Itching`
- Ansiedad / nerviosismo `SuppSymptom_Anxiety`
- Somnolencia `SuppSymptom_Drowsiness`
- Vómitos `SuppSymptom_Vomiting`
- Otros síntomas – especifique →

<code>SuppSymptom_Other_OS</code>

`SuppSymptom_Other`
`SuppSymptom_Cat`

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

Marque **todos los que apliquen.**

- Multi-vitaminas `WhichSupp_MultiVite`
- "Xenadrine" `WhichSupp_Xenadrine`
- Vitaminas y minerales no especificados `WhichSupp_UnspecifiedVi`
- Hierro `WhichSupp_Iron`
- Ginko Biloba `WhichSupp_Ginkgo`
- Vitamina C `WhichSupp_VitC`
- Calcio `WhichSupp_Calcium`
- "Metabolife" `WhichSupp_Metabolife`
- Vitamina E `WhichSupp_VitE`
- Ginseng `WhichSupp_Ginseng`
- "Phen Phen" `WhichSupp_PhenPhen`
- La Hierba de San Juan (Hipérico) `WhichSupp_StJohn`
- Vitamina B `WhichSupp_VitB`
- Otro(s) suplemento(s) – especifique →

<code>WhichSupp_Other_OS</code>

`WhichSupp_Other`
`WhichSupp_Cat`



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

	Sí	No
a. Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA)..... <i>ReportSupp_FDA</i>	1	2
b. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)..... <i>ReportSupp_CDC</i>	1	2
c. Un departamento de salud o centro de control de envenenamientos..... <i>ReportSupp_HealthDep</i>	1	2
d. El fabricante del suplemento dietético..... <i>ReportSupp_Manufacturer</i>	1	2
e. Su médico..... <i>ReportSupp_Doctor</i>	1	2

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

- 1 Sí
- 2 No → **VAYA A LA PREGUNTA F9** más abajo

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

SuppGivenReason

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

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..... <i>Anticarc_ReduceCancer</i>	1	2	3
b. Tratar el cáncer..... <i>Anticarc_TreatCancer</i>	1	2	3
c. Prevenir completamente el cáncer..... <i>Anticarc_PreventCancer</i>	1	2	3
d. Curar el cáncer..... <i>Anticarc_CureCancer</i>	1	2	3

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: *AnticarcSingleAllCancers*

- 1 un solo tipo de cáncer?
- 2 unos pocos, o algunos tipos de cáncer?
- 3 todos los tipos de cáncer?
- 4 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:

ReduceRiskSingleAllCancers

- 1 un solo tipo de cáncer?
- 2 unos pocos, o algunos tipos de cáncer?
- 3 todos los tipos de cáncer?
- 4 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 cáncer es causado con mayor frecuencia por el comportamiento o estilo de vida de una persona..... <i>BehaviorCauseCancer</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Parece que todo causa cáncer..... <i>EverythingCauseCancer</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. No hay mucho que uno pueda hacer para disminuir las probabilidades de contraer cáncer..... <i>PreventNotPossible</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Hay tantas diferentes recomendaciones sobre la prevención del cáncer que es difícil saber cuáles seguir..... <i>TooManyRecommendations</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

G2. ¿Cuál de las siguientes refleja mejor su opinión acerca de cómo se puede curar los distintos tipos de cáncer? *OpinionCureCancers*

- 1 Todos los tipos de cáncer se pueden curar de la misma manera.
- 2 Algunos tipos de cáncer, pero no todos, se pueden curar de la misma manera.
- 3 Cada tipo de cáncer se cura de una manera diferente.
- 4 No existe una cura para el cancer.

G3. ¿Cuál de las siguientes refleja mejor su opinión acerca de la capacidad de las personas para evitar el cáncer mediante lo que comen o beben? *AvoidCancerEatDrink*

- 1 Todos los tipos de cáncer se pueden evitar mediante de lo que las personas comen o beben.
- 2 Algunos tipos de cáncer, pero no todos, se pueden evitar mediante lo que las personas comen o beben.
- 3 Lo que las personas comen o beben no afecta su capacidad para evitar el cáncer.

G4. ¿Cuál de las siguientes refleja mejor su opinión acerca de cómo los suplementos alimenticios afectan la capacidad de las personas para evitar el cáncer? *AvoidCancerSupplements*

- 1 Todos los tipos de cáncer se pueden evitar mediante suplementos alimenticios.
- 2 Algunos tipos de cáncer, pero no todos, se pueden evitar mediante suplementos alimenticios.
- 3 Los suplementos alimenticios no afectan la capacidad de las personas para evitar el cáncer.



G5. ¿Cuál de las siguientes refleja mejor su opinión acerca de tratar el cáncer con suplementos alimenticios en lugar de medicinas o cirugía? [TreatCancerSupplements](#)

- 1 Todos los tipos de cáncer se pueden tratar con suplementos alimenticios en lugar de medicinas o cirugía.
- 2 Algunos tipos de cáncer, pero no todos, se pueden tratar con suplementos alimenticios en lugar de medicinas o cirugía.
- 3 El cáncer no se puede tratar 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 Medicamentos y Alimentos 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 las investigaciones de la FDA?

[AttentionFDAInvestigations](#)

- 1 Ninguna
- 2 Un poco
- 3 Mucho

H2. Si la FDA anuncia que está investigando un medicamento aprobado, ¿qué cree usted que eso significa? [FDAInvestigateDrug](#)

- 1 El medicamento se puede usar con seguridad
- 2 No estoy seguro si el medicamento se puede usar con seguridad
- 3 El medicamento no se puede usar con seguridad

H3. Muchas personas toman medicamentos para el dolor.

¿Con qué frecuencia toma medicamentos recetados para el dolor? [HowOftenTakeRxPain](#)

- 1 Más de cuatro veces al día
- 2 De una a cuatro veces al día
- 3 Menos de una vez al día
- 4 No se aplica

H4. ¿Con qué frecuencia usa medicamentos sin receta para el dolor tal como la aspirina, acetaminofeno, ibuprofeno o naproxeno? [HowOftenTakeOTCPain](#)

- 1 Más de cuatro veces al día
- 2 De una a cuatro veces al día
- 3 Menos de una vez al día
- 4 No se 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?..... <i>RxDrugRecall_CheckNumber</i>	1	2	3
b. ¿Dejaría de tomar el medicamento inmediatamente?..... <i>RxDrugRecall_StopTaking</i>	1	2	3
c. ¿Continuaría tomando el medicamento, pero estaría pendiente de observar si desarrolla los síntomas reportados en el aviso de retiro del medicamento del mercado?..... <i>RxDrugRecall_KeepUsing</i>	1	2	3
d. ¿Le preguntaría a su médico qué debe hacer?..... <i>RxDrugRecall_ContactDoctor</i>	1	2	3

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. ¿Cambiaría de marcas?..... <i>FoodRecall_SwitchBrand</i>	1	2	3	4
b. ¿Preguntaría a su médico qué es lo que debe hacer?..... <i>FoodRecall_AskDoctor</i>	1	2	3	4
c. ¿Cotejaría el número de la lata para ver si coincide con alguno de los números en la comunicación sobre el retiro del producto?..... <i>FoodRecall_CheckCodes</i>	1	2	3	4
d. ¿Ya no compra ninguna marca de ese alimento?..... <i>FoodRecall_AvoidFood</i>	1	2	3	4
e. ¿No le prestará atención a la retirada del producto? / ¿Siguió comprando y comiendo esa marca?..... <i>FoodRecall_Ignore</i>	1	2	3	4
f. Otro(s) - especifique..... <i>FoodRecall_Other</i>	1	2	3	4

FoodRecall_Other_OS

H7. El láser se usa comúnmente en productos tales como los CD, DVD e impresoras láser. Los médicos utilizan el láser para tratar condiciones de la piel. El láser también se utiliza en espectáculos de luz durante conciertos.

¿Cuánto está usted de acuerdo con que la exposición directa a láseres puede dañar la piel y los ojos? *LasersDamageSkinEyes*

- 1 Muy de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo
- 5 No tengo opinión



H8. ¿Cuán de acuerdo o desacuerdo está usted con las siguientes frases?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No tengo opinión
a. Los alimentos que compro son seguro..... <i>SafetyTested_Food</i>	1	2	3	4	5
b. Los cosméticos son sometidos a pruebas de seguridad antes de que salgan al mercado..... <i>SafetyTested_Cosmetics</i>	1	2	3	4	5
c. Los alimentos para las mascotas son sometidos a pruebas de seguridad antes de que salgan al mercado..... <i>SafetyTested_PetFood</i>	1	2	3	4	5
d. Los medicamentos que compro sin receta son sometidos a prueba para comprobar si son seguros antes de que salgan al mercado..... <i>SafetyTested_OTCDrugs</i>	1	2	3	4	5
e. Las vacunas que me dan se someten a pruebas de seguridad antes de que salgan al mercado..... <i>SafetyTested_Vaccines</i>	1	2	3	4	5
f. Los medicamentos recetados que compro son sometidos a prueba para comprobar si son seguros antes de que salgan al mercado..... <i>SafetyTested_RxDrugs</i>	1	2	3	4	5

H9. ¿Cuán de acuerdo o desacuerdo está usted con la siguiente frase?

Los equipos médicos (incluyendo lentes recetados, kits de glucosa sanguínea, termómetros, aparatos auditivos, kits de pruebas del embarazo y lentes de contacto) se someten a pruebas de seguridad antes de que salgan al mercado. *MedicalEquipmentTested*

- 1 Muy de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 En desacuerdo
- 4 Muy en desacuerdo
- 5 No tengo opinión



11. ¿Qué edad tiene usted? *Age*

--	--	--

 Años

12. ¿Cuál es su situación laboral actual?

Escoja sólo una de las siguientes opciones: *OccupationStatus*

1 Empleado *Employed*

2 Desempleado *Unemployed*

3 Ama de casa *Homemaker*

4 Estudiante *Student*

5 Retirado *Retired*

6 Discapacitado *Disabled*

91 Otro – especifique →
OtherOcc
MultiOcc

13. ¿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. *ActiveDutyArmedForces*

1 Sí, ahora estoy en servicio activo

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

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

4 No, solamente entrenamiento para la Reserva o la Guardia Nacional

5 No, nunca presté servicio militar

14. ¿Cuál es su estado civil? *MaritalStatus*

1 Casado/a

2 Unión libre

3 Divorciado/a

4 Viudo/a

5 Separado/a

6 Soltero/a, nunca he estado casado/a



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

- 1 Menos de 8 años
- 2 De 8 a 11 años
- 3 12 años o escuela secundaria completa
- 4 Formación después de la escuela secundaria, diferente de la universidad (vocacional o técnica)
- 5 Algún tiempo en la universidad
- 6 Graduado de la universidad
- 7 Postgraduado

16. ¿Nació en los Estados Unidos? **BornInUSA**

- 1 Sí → **VAYA A LA PREGUNTA I8 más abajo**
- 2 No



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

--	--	--	--	--

 Año

18. ¿Cuán bien habla usted inglés? **SpeakEnglish**

- 1 Muy bien
- 2 Bien
- 3 No muy bien
- 4 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.

- 1 No, ni hispano/a, latino/a ni de origen español **NotHisp**
- 1 Sí, mexicano/a, mexicano/a americano/a, chicano/a **Mexican**
- 1 Sí, portorriqueño/a **PuertoRican**
- 1 Sí, cubano/a **Cuban**
- 1 Sí, de otro origen hispano/a, latino/a o español
OthHisp
Hisp_Cat



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

Escoja una o más.

- Blanca *White*
- Negra o afro-americana *Black*
- India Americana o nativa de Alaska *AmerInd*
- India asiática *AsInd*
- China *Chinese*
- Filipina *Filipino*
- Japonesa *Japanese*
- Coreana *Korean*
- Vietnamita *Vietnamese*
- Otra raza asiática *OthAsian*
- Nativa de Hawái *Hawaiian*
- Guameña o chamorra *Guamanian*
- Samoana *Samoan*
- Otra raza de las islas del Pacífico *OthPacIsl*
Race_Cat2

111. Incluyéndose usted *TotalHousehold*

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

112. 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 MISMO/A <i>SelfGender</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>SelfAge</i>	<i>SelfMOB</i>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 2 <i>HHAdultGender2</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge2</i>	<i>HHAdultMOB2</i>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 3 <i>HHAdultGender3</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge3</i>	<i>HHAdultMOB3</i>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 4 <i>HHAdultGender4</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge4</i>	<i>HHAdultMOB4</i>
	<input type="checkbox"/> Femenino		
Adulto 5 <i>HHAdultGender5</i>	<input type="checkbox"/> Masculino	<i>HHAdultAge5</i>	<i>HHAdultMOB5</i>
	<input type="checkbox"/> Femenino		

113. ¿Cuántos niños menores de 18 años de edad viven en su hogar? *ChildrenInHH*

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



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

- 1 Casa propia
- 2 Renta
- 3 Ocupa un lugar sin pagar renta

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

I17. ¿Tiene usted algún tipo de cobertura para el cuidado de la salud, incluyendo seguro de salud, planes pre-pagados como HMO, o planes del gobierno como Medicare? `HealthInsurance`

- 1 Sí
- 2 No

I18. 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? `IncomeRanges`

- 1 \$0 a \$9,999
- 2 \$10,000 a \$14,999
- 3 \$15,000 a \$19,999
- 4 \$20,000 a \$34,999
- 5 \$35,000 a \$49,999
- 6 \$50,000 a \$74,999
- 7 \$75,000 a \$99,999
- 8 \$100,000 a \$199,999
- 9 \$200,000 o más

I19. Se considera usted... `SexualOrientation`

- 1 Heterosexual
- 2 Homosexual o gay o lesbiana
- 3 Bisexual
- 91 Otra cosa – especifique →

`SexualOrientation_OS`



I20. ¿Vive usted en la misma casa con alguien que usa productos de tabaco?

TobaccoUserInHH

- 1 Sí
 2 No → VAYA A LA PREGUNTA I22 más abajo

I21. ¿Cuántas personas en su casa usan productos de tabaco? NumberTobaccoUsers

Número de usuarios de tabaco

I22. ¿Cuánto tiempo le tomó completar la encuesta?

Escriba el número de minutos u horas usando las casillas.

MailSurveyTime_Min

Minutos Horas

MailSurveyTime_Hrs

I23. ¿En cuál de los siguientes tipos de direcciones recibe su hogar actualmente el correo?

Escoja **todas** las que apliquen.

- 1 El nombre de una calle con un número de la casa o el edificio TypeOfAddressA
 1 Una dirección con un número de ruta rural TypeOfAddressB
 1 Una casilla postal del correo de EE.UU. (P.O. Box) TypeOfAddressC
 1 Una casilla postal de un establecimiento comercial (como Mailboxes R Us, Mail Boxes Etc.®) TypeOfAddressD

