



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 07 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to: NIH, Project Clearance Branch, 6705 Rockledge Drive, MSC 7974, Bethesda, MD 20892-7974, ATTN: PRA (0925-0584). Do not return the completed form to this address.

OMB#: 0925-0584

Exp. 8/31/2017

HCHS/SOL- Visit 2- Tobacco Use Questionnaire

ID NUMBER:								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE:TBS
VERSION: 1, 8/22/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0b. Staff ID:

--	--	--	--

Instructions: Enter the answer given by the participant for each response. Set CDART Field Status to 'Refused', 'No Response', 'Missing', etc. for those questions that do not list these values as possible answer choices.

Las siguientes preguntas se refieren al tabaco y al uso de tabaco.

A. Cigarette Smoking

1. ¿Alguna vez ha fumado usted por lo menos 100 cigarrillos en su vida?

No 0 ☐ → **Go to Question 13** Sí 1 ☐

2. ¿Cuántos años tenía usted cuando empezó a fumar cigarrillos de manera regular?

--	--

 Edad en años ☐ Nunca fumó cigarrillos de manera regular (enter 99)

3. Cuando comenzó a fumar cigarrillos, ¿comenzó usando cigarrillos con sabor, como mentol o menta?

No 0 ☐ Sí 1 ☐

4. ¿ACTUALMENTE, fuma usted cigarrillos diariamente, algunos días o no fuma en absoluto?

Diario 1 ☐ → **Go to Question 5**

Algunos días 2 ☐ → **Go to Question 6**

No fuma en lo absoluto 3 ☐ → **Go to Question 7**

B. Smoke Daily

5. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?

--	--

 Cigarrillos al día **=1 or fewer per day → Go to Question 9**

C. Smoke Some Days

6. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?

--	--

 Número de días

6a. Durante los últimos 30 días en los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó cada día?

--	--

 Cigarrillos al día (for 1 or fewer per day) **Go to Question 9**

ID NUMBER:

FORM CODE:TBS
VERSION: 1, 8/22/2014Contact
Occasion

0

2

SEQ #

D. Currently Not Smoking At All7. ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar por completo? Years old

8. ¿Cuál es la razón principal por la cual dejó de fumar cigarrillos?

Recomendación de su médico 1 ☐Por razones de salud, como prevención de enfermedades 2 ☐Otros se lo pidieron, excluyendo su médico 3 ☐Otra razón 4 ☐*Si otra, por favor especifique:* _____**E. Smoking Cessation Aids**

9. ¿Alguna vez le ha dado un doctor alguna terapia de reemplazo de nicotina para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina?

No 0 ☐Sí, usándola actualmente 1 ☐Sí, la use en el pasado 2 ☐

10. ¿Alguna vez ha usado alguna terapia de reemplazo de nicotina sin receta médica para ayudarle dejar de fumar, como goma de mascar o chicle de nicotina, parche de nicotina u otro tipo de medicina sin receta?

No 0 ☐Sí, usándola actualmente 1 ☐Sí, la use en el pasado 2 ☐

11. ¿Alguna vez ha participado en terapia de comportamiento o grupo para ayudarle dejar de fumar?

No 0 ☐Sí 1 ☐12. En promedio, durante todo el tiempo que usted ha fumado o fumó, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día? Cigarrillos al día (*if = 1 or fewer per day*)**F. Products other than cigarettes**

13. ¿Alguna vez ha fumado tabaco usando una pipa de agua ("hookah"), aunque haya sido en una sola ocasión?

No 0 ☐ **Go to question 14** Sí 1 ☐

13a. Durante los pasados 30 días, ¿fumó usted tabaco usando una "hookah" (pipa de agua)?

No 0 ☐ **Go to question 14** Sí 1 ☐13ai. ¿Cuántos días?

14. ¿Alguna vez ha usado tabaco de mascar, para escupir, tabaco en húmedo (snuff) o seco (Copenhagen, Skoal, Grizzly), aunque haya sido en una sola ocasión?

No 0 ☐ **Go to question 15** Sí 1 ☐

ID NUMBER:							
------------	--	--	--	--	--	--	--

FORM CODE:TBS
VERSION: 1, 8/22/2014

Contact
Occasion

0	2
---	---

SEQ #

--	--

14a. Durante los pasados 30 días, ¿usó tabaco de mascar, para escupir, tabaco en húmedo (snuff) o seco (Copenhagen, Skoal, Grizzly)?

No 0 ☐ **Go to question 15** Sí 1 ☐

14ai. ¿Cuántos días?

15. ¿Alguna vez ha fumado cigarillos electronicos o “e-cigarettes” (como Blue, V2), aunque haya sido en una sola ocasión?

No 0 ☐ **Go to question 16** Sí 1 ☐

15a. Durante los pasados 30 días, ¿fumó “e-cigarettes” o cigarillos electrónicos, como Blue, V2?

No 0 ☐ **Go to question 16** Sí 1 ☐

15ai. ¿Cuántos días?

16. ¿Alguna vez ha fumado un cigarro (puro), cigarillo (puritos) o cigarro (puro) con sabor (como Black & Mild, Swisher Sweets), aunque haya sido una sola vez?

No 0 ☐ **Go to question 17** Sí 1 ☐

16a. Durante los pasados 30 días, ¿fumó un cigarro (puro), cigarillo (puritos) o cigarro (puro) con sabor (como Black & Mild, Swisher Sweets)?

No 0 ☐ **Go to question 16** Sí 1 ☐

16ai. ¿Cuántos días?

17. Sin incluirse usted, ¿cuántas personas que viven actualmente en su vivienda, fuman regularmente en el hogar?

Ninguna	0	<input type="checkbox"/>
1 persona	1	<input type="checkbox"/>
2 personas	2	<input type="checkbox"/>
3 personas	3	<input type="checkbox"/>
4 personas o más	4	<input type="checkbox"/>

18. Durante el último año, en promedio, ¿cuántas horas por semana estuvo usted en contacto cercano con personas que estaban fumando? Esto incluye el tiempo que pasó en el hogar, el trabajo, en el carro o en otro sitio cerrado.

Horas a la semana

19. Durante los últimos 7 días, ¿estuvo expuesto(a) al humo de cigarillos, cigarros (puros) o pipas que otra persona fumaba:

	No	Sí
¿En alguna parte dentro de su casa?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
¿En su lugar de empleo (trabajo)?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
¿En su auto?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
¿En un área pública bajo techo o al aire libre?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>