



HCHS/SOL Tobacco Use (TBS)

ID NUMBER:	<input type="text"/>						
------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

FORM CODE:TBS
VERSION: 2,1/8/2020

Contact Occasion	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------------

Occurrence	<input type="text"/>	<input type="text"/>
------------	----------------------	----------------------

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 11** Sí 1

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

Diario 1 **[Go to Question 3]**

Algunos días 2 **[Go to Question 4]**

No fuma en lo absoluto 3 **[Go to Question 5]**

B. Smoke Daily

3. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente? Cigarrillos al día (=1 for 1 or fewer per day)

3a. En los días que usted fuma, ¿qué tan pronto, después de despertarse, normalmente fuma su primer cigarrillo del día? : number of **Hrs:Min** after waking **[Go to Q7]**

C. Smoke Some Days

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

Número de días **[If Q4=0, go to Q4b]**

4a. Durante los últimos 30 días en los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó cada día?

Cigarrillos al día (= 1 for 1 or fewer per day)

4b. En los días que usted fuma, ¿qué tan pronto, después de despertarse, normalmente fuma su primer cigarrillo del día? : number of **Hrs:Min** after waking **[Go to Q7]**

D. Currently Smoking Not at All

5. ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar por completo? Years old

6. ¿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: _____

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

FORM CODE:TBS
VERSION: 2, 1/8/2020

Contact Occasion	0	3	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

E. Smoking Cessation Aids

7. ¿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
8. ¿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
9. ¿Alguna vez ha participado en terapia de comportamiento o grupo para ayudarle dejar de fumar?
- No 0 Sí 1
10. En promedio, durante todo el tiempo que usted ha fumado o fumó, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?
- Cigarrillos al día (= 1 for 1 or fewer per day)

F. Products other than cigarettes

11. ¿Alguna vez ha fumado tabaco usando una pipa de agua ("hookah"), aunque haya sido en una sola ocasión?
- No 0 **Go to Question 12** Sí 1
- 11a. Durante los pasados 30 días, ¿fumó usted tabaco usando una "hookah" (pipa de agua)?
- No 0 **Go to Question 12** Sí 1
- 11ai. ¿Cuántos días?
12. ¿Alguna vez ha usado tabaco de mascar, para escupir, tabaco en húmedo (snus) o seco (Copenhagen, Skoal, Grizzly), aunque haya sido en una sola ocasión?
- No 0 **Go to Question 13** Sí 1
- 12a. Durante los pasados 30 días, ¿usó tabaco de mascar, para escupir, tabaco en húmedo (snus) o seco (Copenhagen, Skoal, Grizzly)?
- No 0 **Go to Question 13** Sí 1
- 12ai. ¿Cuántos días?
13. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos electronicos o "e-cigarettes" (como JUUL, MIG), aunque haya sido en una sola ocasión?
- No 0 **Go to Question 14** Sí 1

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

FORM CODE:TBS
VERSION: 2, 1/8/2020

Contact Occasion	0	3	Occurrence	0	1
------------------	---	---	------------	---	---

13a. Durante los pasados 30 días, ¿fumó "e-cigarettes" o cigarrillos electrónicos, como JUUL, MIG?

No 0 **Go to Question 14** Sí 1

13.a.1 ¿Cuántos días?

13.a.2 ¿Uso cigarrillos electrónicos o vaping pare ayudarle a dejar de fumar cigarrillos?

No 0 Si 1

14. ¿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 15** Sí 1

14a. 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 15** Sí 1

14.a.1 ¿Cuántos días?

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

Ninguna 0

1 persona 1

2 personas 2

3 personas 3

4 personas o más 4

16. 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

17. Durante los últimos 7 días, ¿estuvo expuesto(a) al humo de cigarrillos, 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 un 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"/>