



Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 03 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. 2/28/2011

## HCHS/SOL Tobacco Use Questionnaire\_Spanish

ID NUMBER:

FORM CODE: TBS  
VERSION: A 12/05/07

Contact Occasion  SEQ #

Acrostic: \_\_\_\_\_

### ADMINISTRATIVE INFORMATION

0a. Completion Date: / /   
Month Day Year

0b. Staff ID:

**Instructions:** Enter the answer given by the participant for each response. The special value, "Q", is allowed for cases where the response 'Don't know/refused' is not listed as an option.

*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 10**  
Sí 1

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

3. ¿ACTUALMENTE fuma usted cigarrillos diariamente, algunos días o no fuma en absoluto?  
Diario 1  → **GO TO QUESTION 4**  
Algunos días 2  → **GO TO QUESTION 5**  
En absoluto 3  → **GO TO QUESTION 6**

### B. Smoke Daily

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día actualmente?  
 Cigarrillos al día (1 = 1 o fewer per day)

4a. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?  
No 0  → **GO TO QUESTION 9**  
Sí 1

4b. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?  
 Años → **GO TO QUESTION 7**

### C. Smoke Some Days

5. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días fumó cigarrillos?  
 Número de días

5a. Durante los últimos 30 días en los días que fumó, ¿cuántos cigarrillos fumó cada día?  
 Cigarrillos al día (1 = 1 or fewer per day)

5b. ¿Alguna vez dejó usted de fumar por 6 meses o más?

No 0  → **GO TO QUESTION 9**  
 Sí 1

5c. ¿Por cuántos años en total dejó usted de fumar?

Años → **GO TO QUESTION 7**

**D. Currently Smoke Not at All**

6. ¿Cuántos años tenía usted cuando dejó de fumar completamente?

Edad en años

6a. Cuando usted era un(a) fumador(a), ¿alguna vez dejó de fumar por 6 meses o más antes de dejar de fumar completamente?

No 0  → **GO TO QUESTION 7**  
 Sí 1

6b. Durante el tiempo que usted fue un fumador, ¿por cuántos años en total dejó de fumar?

Años

**E. Smoking Cessation**

7. ¿Cuál es la principal razón por la que usted dejó de fumar cigarrillos?

- Por consejo del médico 1
- Por razones de salud, iniciado por usted mismo  
 incluyendo precaución con respeto a las enfermedades 2
- Por presión de otras personas, sin incluir el médico 3
- Otra 4

*Si otra, por favor especifique:* \_\_\_\_\_

8a. ¿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 1

8b. ¿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 1

8c. ¿Alguna vez ha participado en terapia de comportamiento o grupo para ayudarle dejar de fumar?

No 0   
 Sí 1

9. En promedio, durante todo el tiempo que usted ha fumado o fumó, ¿cuántos cigarrillos fuma o fumaba al día?

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

**F. Pipe Smoking**

10. ¿Alguna vez ha fumado pipa de manera regular? (*‘Regular’ significa más de 12 onzas de tabaco en toda su vida.*)

- No 0   
 Sí 1

**G. Cigar Smoking**

11. ¿Alguna vez ha fumado cigarros o puros de manera regular? (*‘Regular’ significa más de 1 cigarro o puro a la semana por un año en cualquier momento en su vida.*)

- No 0   
 Sí 1

**H. Second-hand Smoke Exposure**

12. Antes de cumplir 13 años de edad, vivió usted con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar?

- No 0  → **GO TO QUESTION 14**  
 Sí 1   
 No sabe 9  → **GO TO QUESTION 14**

13. ¿Fumaba su madre en su hogar (o la mujer que lo(a) cuidaba principalmente y que vivía en su hogar)?

- No 0   
 Sí 1   
 No sabe 9

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

- Ninguna 0   
 1 persona 1  → **GO TO QUESTION 16**  
 2 personas 2  → **GO TO QUESTION 16**  
 3 personas 3  → **GO TO QUESTION 16**  
 4 personas o más 4  → **GO TO QUESTION 16**

15. Desde que cumplió 13 años de edad, ¿alguna vez vivió con alguien que fumara cigarrillos regularmente en su hogar (sin incluirse usted)?

- No 0   
 Sí 1

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