



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## HISTORIAL DE CONDUCTA: CONSUMO DE TABACO

Las siguientes preguntas se refieren a su consumo de tabaco y alcohol. Nos ayudarán a comprender mejor el papel del tabaquismo y el consumo de alcohol en el riesgo de enfermedad pulmonar. Cualquier información que proporcione será estrictamente confidencial y solo se utilizará con fines de investigación.

### **Fumar:**

*Cigarrillos electrónicos (vapeo)*

1. ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos electrónicos (vapeado), aunque sea una o dos bocanadas? <i>Esto incluye cigarrillos electrónicos, vaporizadores o cápsulas (Juul, Logic Compact, Blu), sistemas de calentamiento del tabaco o de calor sin quemar (IQOS, glo, jouz).</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (pase a la P 7)
2. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar un dispositivo de cigarrillo electrónico con regularidad?	_____ años <input type="checkbox"/> Nunca usé un dispositivo de cigarrillo electrónico con regularidad (pase a la P 7) <input type="checkbox"/> No lo sé
3. ¿Usa algún dispositivo de cigarrillo electrónico actualmente (durante el último mes)?	<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días (por ejemplo, solo los fines de semana) <input type="checkbox"/> En absoluto (pase a la P 5)
4. ¿Con qué frecuencia usó un dispositivo de cigarrillo electrónico durante el último mes (30 días)?	_____ <input type="checkbox"/> días al mes _____ <input type="checkbox"/> usos al día <input type="checkbox"/> Menos de una vez al día <input type="checkbox"/> No lo sé

### PASE A LA PREGUNTA 6

*La siguiente pregunta se refiere a cuando dejó de fumar cigarrillos electrónicos*

5. ¿Qué edad tenía cuando dejó de usar dispositivos de cigarrillos electrónicos DE FORMA DEFINITIVA?	_____ años
--	------------

*Las siguientes preguntas se refieren al hábito de fumar cigarrillos electrónicos durante todo el período en el que estuvo fumando*

6. En promedio, ¿con qué frecuencia usó su dispositivo de cigarrillos electrónicos durante <u>todo el tiempo</u> en el que lo usó?	_____ <input type="checkbox"/> días al mes _____ <input type="checkbox"/> usos al día <input type="checkbox"/> No lo sé
--	---

*Otros productos con tabaco:*

7. ¿Alguna vez ha fumado productos con tabaco que no sean cigarrillos convencionales ni electrónicos, aunque sea una vez? (Seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> No (pase a la P 9) <input type="checkbox"/> Puros o puritos <input type="checkbox"/> Pipas
--	---



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## HISTORIAL DE CONDUCTA: CONSUMO DE TABACO

	<input type="checkbox"/> Hookah o pipa de agua <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique)
8. ¿Durante cuánto tiempo ha fumado productos con tabaco que no sean los cigarrillos convencionales ni electrónicos?	_____ años
9. ¿Alguna vez ha consumido productos con tabaco sin humo, aunque sea una sola vez? (Seleccione todo lo que corresponda)	<input type="checkbox"/> No ( <b>pase a la P 11</b> ) <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar <input type="checkbox"/> Tabaco en polvo/snus <input type="checkbox"/> Tabaco para humedecer <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique)
10. ¿Durante cuánto tiempo ha consumido productos con tabaco sin humo?	_____ años



Participant ID:

Participant Initials:

Site:

Visit Number:

CRF Date:

RC ID:

## ANTECEDENTES DE CONDUCTA: CONSUMO DE ALCOHOL

### Consumo de alcohol:

11. ¿Ha tomado alguna vez una bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>SI RESPONDIÓ NO, pase a la P 18</b>
12. ¿Qué edad tenía cuando empezó a tomar bebidas alcohólicas?	_____ años
13. ¿Consume bebidas alcohólicas en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>SI RESPONDIÓ SÍ, pase a la P 14</b>
a. Si respondió no, ¿a qué edad dejó de beber alcohol?	_____ años <input type="checkbox"/> No lo sé
b. ¿Por qué motivo dejó de consumir bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Historial de abuso de alcohol o de estar en remisión/sobriedad <input type="checkbox"/> Tabaco para mascar <input type="checkbox"/> Motivos de salud <input type="checkbox"/> Motivos morales o religiosos <input type="checkbox"/> Otro: _____ (especifique)
14. ¿Qué tipos de bebidas alcohólicas consume habitualmente? <i>(Seleccione todo lo que corresponda)</i>	
<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Cerveza
<input type="checkbox"/> Licor fuerte o bebidas elaboradas con licor fuerte (por ejemplo, whisky, ron, vodka, etc.)	<input type="checkbox"/> Otra: _____ (especifique)
15. En el último año, ¿cuántos días a la semana, en promedio, consumió alguna bebida alcohólica de cualquier tipo?	_____ días
16. En el último año, en un día típico en el que bebe, ¿cuántas bebidas consume?	_____ bebidas
17. En el último mes, ¿cuál fue la mayor cantidad de bebidas que consumió en un día?	_____ bebidas
18. ¿Alguna vez ha habido un momento en su vida en el que haya tomado 5 o más bebidas alcohólicas de cualquier tipo casi a diario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé

**For Research Coordinator use only:** CRF was:     Self-administered     Interviewer-administered