1. Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Raza/Origen étnico (Marque todos los que apliquen):

□ Blanco □ Negro □ Latino □ Asiático/Pacifico   
□ Nativo Americano □ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Usted fuma, mastica tabaco, o usa cigarillos elecrónicos/vape? □ Si □ No

*En caso afirmativo*, ¿le interesan los recursos para ayudarle a dejar de fumar?  □ Si □ No

5. ¿Está su hijo/a expuesto/a al humo del tabaco y/o al vapor de los cigarillos electrónicos en la casa o el coche?

□ Si □ No

6. ¿Con qué frecuencia fuma alguien en su CASA?

□ Nunca □ Algunas veces al año □ Una vez al mes  
□ Una vez a la semana □ Varios días a la semana □ Cada día

7. ¿Con qué frecuencia fuma alguien en su COCHE?

□ Nunca □ Algunas veces al año □ Una vez al mes

□ Una vez a la semana □ Varios días a la semana □ Cada día

8. ¿Le han diagnosticado alguna vez a su hijo/a asma u otra enfermedad respiratoria crónica?

□ Si □ No

9. ¿Ha recibido usted educación sobre los peligros del tabaco y el humo de segunda mano en los últimos 3 meses (incluso hoy)?

□ Si □ No

*En caso afirmativo:* ¿Quién proporcionó la educación sobre el tabaco?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
¿De cuanta ayuda fue este educación sobre el tabaco?

□ Muy útil □ Algo útil □ Neutral □ No muy útil □ Extremadamente inútil

Comentarios o preguntas adicionales que usted desea compartir:   
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si usted desea participar para ganar una tarjeta de regalo de $50, completa la siguiente información (opcional):**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_