1. Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Edad: □ 18-25 □ 26-35 □ 36-45 □ 46-55 □ 55+

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

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

4. ¿Usted consume actualmente alguna forma de tabaco? (incluidos cigarrillos, puros, tabaco de mascar, o cigarrillos electrónicos/vapeadores? □ 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 cigarrillos electrónicos en la casa o el coche? □ Si □ No

6. ¿Con qué frecuencia alguien fuma/usa cigarrillos electrónicos/vape 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 alguien fuma/usa cigarrillos electrónicos/vape 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 6 meses (incluso hoy)?  □ Si □ No

*En caso afirmativo:* ¿Quién proporcionó la educación sobre el tabaco? (marque todas las que corresponda)

□ Especialista en tabaco en mi condado □ Head Start/Early Head Start □ WIC □ Healthy Families □ Nurse Family Partnership □ Otra organización sin fines de lucro □ Departmento de Salud □ Proveedor de atención médica □ Seguro médico □ Escuela □ Quit Now Indiana □ Internet/Redes sociales □ Evento comunitario □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tan útil fue la 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 Walmart de $50, completar la siguiente información (opcional):**

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

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_