

## Preguntas sobre el consumo de tabaco en el hogar durante el pasado mes

El objetivo de estas preguntas es recoger una descripción lo más detallada posible del humo de tabaco presente en el hogar/entorno familiar en el transcurso del pasado mes. Intente indicar lo más exactamente posible *cuántos* cigarrillos se consumieron los días de cada día y durante el fin de semana. A continuación, indique *la frecuencia* en que alguien fumó en las situaciones ejemplificadas. Indique también *la importancia* que el fumador otorga a seguir el procedimiento descrito.

**1. ¿Cuántas personas fumaron en el entorno familiar a lo largo del mes pasado?**

(Por entorno familiar se entiende el hogar, el balcón, la terraza, el jardín o similar).

\_\_\_\_\_

**2. Aproximadamente, ¿cuántos cigarrillos al día consumieron los fumadores en su entorno familiar a lo largo del pasado mes?**

(Incluya a los integrantes del hogar y a otros familiares, amigos y visitas)

Días de cada día		Fin de semana	
0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
1-5	<input type="checkbox"/>	1-5	<input type="checkbox"/>
6-10	<input type="checkbox"/>	6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>	11-15	<input type="checkbox"/>
16-20	<input type="checkbox"/>	16-20	<input type="checkbox"/>
21-40	<input type="checkbox"/>	21-40	<input type="checkbox"/>
41-60	<input type="checkbox"/>	41-60	<input type="checkbox"/>
Más de 60	<input type="checkbox"/>	Más de 60	<input type="checkbox"/>

**3. ¿Ha fumado alguien pipa, narguile, puro o puritos en el hogar?**

No  Sí

¿Cuántos al día aproximadamente? \_\_\_\_\_

**4. Aproximadamente, ¿con qué frecuencia se suele fumar (visitas incluidas) en los siguientes lugares de su hogar o en el coche?** (Señale con una *cruz* la casilla correspondiente de *cada línea*, ¡gracias!)

	Varias veces al día	Una vez al día	Por lo menos una vez a la semana	Por lo menos una vez al mes	Nunca o menos de una vez al mes
En cualquier lugar del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el balcón o puerta de la calle abiertos o con la ventana abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo el extractor de la cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuera con la puerta cerrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuera con la puerta cerrada y cambio de ropa después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros lugares del hogar, por ejemplo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. ¿Es importante para alguno de los fumadores de su entorno poder fumar en los lugares indicados a continuación?**

(Señale con una *cruz* la casilla correspondiente de *cada línea*, ¡gracias!)

	Sí, sin duda	Sí, quizás	No
En cualquier lugar del hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durante la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el balcón o puerta de la calle abiertos o con la ventana abierta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajo el extractor de la cocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuera con la puerta cerrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuera con la puerta cerrada y cambio de ropa después	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En el coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros lugares del hogar, por ejemplo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. ¿Desde cuándo son así los hábitos de quienes fuman en su hogar?**

(Es decir un *número idéntico* de fumadores, que han fumado *tanto* como ahora y en *los mismos lugares* del entorno familiar que ahora).

6 meses       12 meses       Más de 12 meses

**7. ¿Fuman los abuelos del bebé, maternos o paternos?**

Abuela materna       Abuelo paterno       Abuela paterna       Abuelo paterno

**8. ¿Con qué frecuencia se encuentra tu hijo en ambientes (fuera del hogar) con humo de tabaco?**

Nunca       Casi nunca       Cada semana       Cada día

**Si éste es el caso, ¿dónde?**

(Puede indicar varias respuestas)

\_\_\_\_\_

**9. ¿Hay algo que quisiera cambiar de la situación descrita para poder proteger a su hijo de convertirse en un fumador pasivo?**

Sí, sin duda       Sí, quizás       No

**10. Comentarios:**

\_\_\_\_\_

