

Niños Involuntariamente Inhalando Humo de Segunda-mano (KIISS)

¿Cual es su código postal? _____

Por favor complete la siguiente información demográfica de **usted mismo**. Por favor cheque respuesta apropiada.

Raza/Étnica :	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano- Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/ Indio/ Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino						
Idioma que se habla en Casa	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro (por favor diga cual es):					

Por favor complete la edad, sexo, raza étnica, idioma y necesidades especiales **de su hijo /hijos**. Si tiene preguntas o necesita más papel, por favor dígame al instructor.

Primer Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino						
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano- Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/ Indio/ Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):					
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA	<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA	<input type="checkbox"/> Diagnos Mental de Salud IDEA	<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas				

Segundo Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino						
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano- Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/ Indio/ Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):					
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA	<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA	<input type="checkbox"/> Diagnos Mental de Salud IDEA	<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas				

Tercer Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Cuarto Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Quinto Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Sexto Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Séptimo Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Octavo Hijo

Edad:	<input type="checkbox"/> No nacido todavía	<input type="checkbox"/> 0-1 año	<input type="checkbox"/> 1-2 años	<input type="checkbox"/> 2-3 años	<input type="checkbox"/> 3-4 años	<input type="checkbox"/> 4-5 años	<input type="checkbox"/> 5-6 años	<input type="checkbox"/> 6 o mayor
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino							
Raza/Étnica:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Alaska/Indio/Americano	<input type="checkbox"/> Islas Pacíficas	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Multirracial
Idioma Primordial que se habla en la casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor díganos que es):							
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> Elegible para Parte B (619) de IDEA		<input type="checkbox"/> Elegible Parte C de IDEA		<input type="checkbox"/> Diagnóstico Mental de Salud IDEA		<input type="checkbox"/> No hay necesidades especiales diagnosticadas	

Por favor circule su respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Fuma usted o alguien en la casa?:

Sí No

2. Usted o alguien que vive en su casa fuma en :

Casa: sí no
Garaje: sí no
Carro: sí no
Afuera: sí no

3. Cualquier persona que le visita fuma en:

Casa: Sí no
Garaje: Sí no
Carro: Sí no
Afuera: Sí no

4. ¿Están sus niños expuestos al humo de segunda mano por otros fuera de su hogar?

SI (explique) _____ NO (explique) _____

5. Por favor indique su conocimiento acerca de los peligros de fumar de segunda mano (circule el numero apropiado):

4	3	2	1
Para Nada Informado	No muy Informado	Algo Informado	Muy Bien Informado

6. Después de esta presentación, le gustaría participar con una encuesta por medio del correo?

Si sí, por favor escriba su nombre y dirección abajo. Por su participación, le enviaremos un certificado de \$5.00 de Jugos Jamba.

Gracias por su participación.
Por favor devuelva esta encuesta completa al instructor.