**Precision Medicine Initiative Cohort Program Pilot**

**Survey Questions: Personal Habits**

**PMI Survey Module Personal Habits – English**

**Please answer each question as honestly as possible. It is important that you answer as many questions as you can. We are looking for your own answers, and not what you think your doctors, family, or friends want you to say.**

**Don't feel like you have to spend a long time over each question. The first answer that comes to you is usually the best one. If you aren’t sure how to answer a question, choose the best answer from the options given. Some questions also let you say if you don’t know an answer, or would rather not answer.**

This module asks about personal habits that may affect your health, like smoking, drinking alcohol, or using any drugs. There are up to 45 questions, taking about 5-10 minutes to complete. Remember that all answers will be kept private.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item ID:** | **Ref. Survey** | **AdminMode** | **Question Stem** | **Responses** |
| CU1 | TUS-CPS | CAPI | Have you smoked at least 100 cigarettes in your entire life? (There are 20 cigarettes in a pack.) | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| CU2 | TUS-CPS | CAPI | Do you now smoke cigarettes every day, some days, or not at all? | Every day |
| Some days |
| Not at all |
| Don’t Know/Refused |
| CU3 | TUS-CPS | CAPI | Have you EVER smoked cigarettes EVERY DAY for at least 6 months in a row? | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| CQF1 | TUS-CPS | CAPI | On the average, about how many cigarettes do you now smoke each day? | Enter number of cigarettes per day \_\_\_\_ [RANGE: 1 - 99] |
| Don’t Know/Refused |
| CQF2a | TUS-CPS | CAPI | On how many of the past 30 days did you smoke cigarettes? | Response: \_\_\_\_ [Range: 1-30, Enter (X) for none] |
| Don’t Know / Refused |
| CQF2b | TUS-CPS | CAPI | On the average, on those days, how many cigarettes did you usually smoke each day? | Response: \_\_\_\_ [Range: 1-99] |
| Don’t Know/Refused |
| CQF3 | TUS-CPS | CAPI | When you last smoked every day, on average how many cigarettes did you smoke each day? (There are 20 cigarettes in a pack.) | Response: Enter number of cigarettes a day \_\_\_\_ [RANGE: 1 - 99] |
| Don’t Know/Refused |
|  |  |  |  |  |
|  |
| CQF5 |  |  | For how many years have you smoked daily? | ENTER YEARS: \_\_\_\_\_ |
| CAI1 | TUS-CPS | CAPI | How old were you when you first started smoking cigarettes every day? | ENTER AGE: \_\_\_\_ [RANGE: 1 - 99] |
| Don’t Know/Refused |
| CAI2 | TUS-CPS | CAPI | How old were you when you first started smoking cigarettes FAIRLY REGULARLY? | ENTER AGE: \_\_\_\_ [RANGE: 1 - 99] |
| Don’t Know/Refused |
| CQ1 | PLCO | sPP | Are you considering quitting smoking during the next 6 months? | Yes, plan to stop within next 30 days |
| Yes, plan to stop within next 6 months, but not within next 30 days |
| No, not thinking of quitting in next 6 months |
| CQ2 | PLCO | sPP | In the past, have you ever made a **serious** attempt to quit smoking? That is, have you stopped smoking for at least one day or longer because you were trying to quit? | Yes |
| No |
| CQ3 | PLCO | sPP | What was the longest length of time you stopped smoking because you were trying to quit? | Less than 1 week |
| 1 to 3 weeks |
| 1 to 2 months |
| 3 to 11 months |
| 1 to 4 years |
| 5 to 9 years |
| 10 years or more |
| CQ4 | PLCO | sPP | How old were you when you most recently quit smoking? | \_\_\_\_ AGE STOPPED SMOKING |
| CQ5 | PLCO | sPP | Thinking of the most recent time you quit smoking, did you use any of the following products? **(MARK EACH ONE THAT YOU USED)** | Nicotine gum |
| Nicotine patch |
| Nicotine nasal spray, inhaler, lozenge, or tablet |
| Prescription pill such as Buproprion (Zyban®, Wellbutrin®) or Varenicline (Chantix®) |
| None of these |
| CQ6 | PLCO | sPP | During the past 12 months, did any doctor, dentist, nurse, or any other health professional advise you to quit smoking? | Yes |
| No, was not advised to quit |
| No, did not see a health professional in past 12 months |
| No, did not smoke in past 12 months |
| NCTP1 | PATH | ACASI | Have you ever used an electronic nicotine product, even one or two times? (Electronic nicotine products include e-cigarettes, vape pens, hookah pens, personal vaporizers and mods, e-cigars, e-pipes, and e-hookahs.) | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP1a | PATH | ACASI | Do you now use electronic nicotine products… | Every day |
| Some days |
| Not at all |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP2 | PATH | ACASI | Have you ever smoked a traditional cigar, cigarillo, or filtered cigar, even one or two puffs? | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP2a | PATH | ACASI | Do you now smoke a traditional cigar, cigarillo, or filtered cigar…. | Every day |
| Some days |
| Not at all |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP3 | PATH | ACASI | Have you ever smoked tobacco in a hookah, even one or two puffs? | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP3a | PATH | ACASI | Do you now smoke hookah… | Every day |
| Some days |
| Not at all |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP4 | PATH | ACASI | Have you ever used smokeless tobacco products, even one or two times? (Smokeless tobacco products include snus pouches, Skoal Bandits, loose snus, moist snuff, dip, spit, and chewing tobacco.) | Yes |
| No |
| Don’t Know/Refused |
| NCTP4a | PATH | ACASI | Do you now use smokeless tobacco products… | Every day |
| Some days |
| Not at all |
| Don’t Know/Refused |
| *The next questions are about drinking alcohol. This includes coolers, beer, wine, champagne, liquor such as whiskey, rum, gin, vodka, scotch, or liqueurs, and also any other type of alcohol.* | | | | |
| AU1 | NESARC | CAPI | In your entire life, have you had at least 1 drink of any kind of alcohol, not counting small tastes or sips? (For example, a 12 ounce can of beer is considered 1 serving of beer, a 5 ounce glass of wine is considered 1 serving of wine) | Yes |
| No |
| AQF1 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*], up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you drink one or more drinks of an alcoholic beverage? | # OF DAYS: \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| AQF2 | NSDUH | ACASI | On the days that you drank during the past 30 days, how many **drinks** did you **usually** have each day? Count as a drink a can or bottle of beer; a wine cooler or a glass of wine, champagne, or sherry; a shot of liquor or a mixed drink or cocktail. | # OF DRINKS: \_\_\_\_ [RANGE: 1 - 90] |
| Don’t Know/Refused |
| AAI1 | NESARC | CAPI | About how old were you when you first started drinking, not counting small tastes or sips of alcohol? | \_\_\_Age |
| AB1 | NESARC | CAPI | During the last 12 months, about how often did you drink FOUR OR MORE drinks on an occasion? | Every day |
| Nearly every day |
| 3 to 4 times a week |
| 2 times a week |
| Once a week |
| 2 to 3 times a month |
| Once a month |
| 7 to 11 times in the last year |
| 3 to 6 times in the last year |
| 1 or 2 times in the last year |
| Never in the last year |
| *Now we’d like to ask you about your experiences with medicines and other kinds of drugs that you may have used ON YOUR OWN - that is, either WITHOUT a doctor’s prescription; in GREATER amounts, MORE OFTEN, or LONGER than prescribed; or for a reason other than a doctor said you should use them. People use these medicines and drugs ON THEIR OWN to feel more alert, to relax or quiet their nerves, to feel better, to enjoy themselves, or to get high or just to see how they would work.* | | | | |
| SU1 | NESARC | CAPI | Have you EVER used any of these medicines or drugs? | Sedatives, for example, sleeping pills, barbiturates, Seconal®, Quaaludes, or Chloral Hydrate |
| Tranquilizers or anti-anxiety drugs, for example, Valium®, Librium®, muscle relaxants, or Xanax® |
| Painkillers, for example, Codeine, Darvon®, Percodan®, OxyContin®, Dilaudid®, Demerol®, or Celebrex® |
| Stimulants, for example, Preludin®, Benzedrine®, Methedrine®, Ritalin®, uppers, or speed |
| Marijuana, hash, THC, or grass |
| Cocaine or crack |
| Hallucinogens, for example, Ecstasy/MDMA, LSD, mescaline, psilocybin, PCP, angel dust, or peyote |
| Inhalants or solvents, for example, amyl nitrite, nitrous oxide, glue, toluene or gasoline |
| Heroin |
| Any OTHER medicines, or drugs, or substances, for example, methadone, Elavil®, steroids, Thorazine®, or Haldol® |
| SUF1 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use sedatives? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF2 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use tranquilizers or anti-anxiety drugs? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF3 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use painkillers? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF4 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use stimulants? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF5 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use marijuana or hashish? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF6 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use cocaine? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF7 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use crack? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF8 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use any hallucinogens? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF9 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use any inhalant for kicks or to get high? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF10 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use any heroin? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SUF11 | NSDUH | ACASI | Think specifically about the past 30 days, from [DATEFILL\*\*] up to and including today. During the past 30 days, on how many days did you use any other medicines or drugs or substances? | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] |
| Don’t Know/Refused |
| SAI1 | NESARC | CAPI | How old were you when you FIRST used [Name of drug category\*]? | \_\_\_ Age |
| *The next set of questions asks about your general use of alcohol or drugs. The purpose is to understand how they may have affected your work and other activities.* | | | | |
| CAGE1 | CAGE AID | CAPI | Have you ever felt that you ought to cut down on your drinking or drug use? | Yes  No |
| CAGE2 | CAGE AID | CAPI | Have people annoyed you by criticizing your drinking or drug use? | Yes  No |
| CAGE3 | CAGE AID | CAPI | Have you ever felt bad or guilty about your drinking or drug use? | Yes  No |
| CAGE4 | CAGE AID | CAPI | Have you ever had a drink or used drugs first thing in the morning to steady your nerves, e.g. get rid of a hangover, or get the day started? | Yes  No |

**Key:** TUS-CPS = Tobacco Use Supplement – Current Population Survey (NCI)

PLCO = Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (NCI)

NESARC = National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NIAAA)

NSDUH = National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA)

CAGE AID = Cut down/Annoyed/Guilty/Eye opener Questionnaire Adapted to Include Drugs

**PMI Survey Module Personal Habits – Spanish**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ID** | **Encuesta de Referencia** | | **AdminMode** | | **Pregunta** | | **Respuesta** | |
| CU1 | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Ha fumado usted al menos 100 cigarrillos en toda su vida? | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CU2 | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Fuma usted ahora cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? | | Todos los días | |
| Algunos días | |
| Nunca | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CU3 | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Alguna vez ha fumado usted cigarrillos todos los días por lo menos por 6 meses? | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF1 | TUS-CPS | | CAPI | | En promedio, ¿Aproximadamente cuántos cigarrillos fuma usted ahora cada día? | | Entre el número de cigarrillos por día \_\_\_\_ [DE: 1 A 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF2a | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Durante cuántos de los últimos 30 días fumó usted cigarrillos? | | Respuesta \_\_\_\_ [DE 1 A 30, Entre una X si es ni un día] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF2b | TUS-CPS | | CAPI | | En promedio, en esos [llene con el número que puso en CQF2a] días, ¿cuántos cigarrillos fumó usualmente cada día? | | Respuesta: \_\_\_\_ [DE 1 A 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF3 | TUS-CPS | | CAPI | | La última vez que fumó todos los días, ¿En promedio cuántos cigarrillos fumaba cada día? | | Respuesta: Entre el número de cigarrillos por día \_\_\_\_ [DE 1 a 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF4 | TUS-CPS | | CAPI | | Cuando usted fumó la última vez con bastante regularidad, en promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumó al día? | | Respuesta: Entre el número de cigarrillos por día \_\_\_\_ [DE 1 A 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQF5 |  | |  | | ¿Por cuántos años ha fumado a diario? | | ENTRE EL NÚMERO DE AÑOS | |
| CAI1 | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Qué edad tenía cuando empezó a fumar cigarrillos todos los días? | | ENTRE EDAD: \_\_\_\_ [DE 1 A 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CAI2 | TUS-CPS | | CAPI | | ¿Qué edad tenía usted cuando usted empezó a fumar cigarrillos por primera vez en forma bastante regular? | | ENTRE EDAD: \_\_\_\_ [DE: 1 A 99] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| CQ1 | PLCO | | sPP | | ¿Está pensando en dejar de fumar en los próximos 6 meses? | | Sí, voy a dejar dentro de los próximos 30 días | |
| Sí, voy a parar dentro de los próximos 6 meses, pero no dentro de los próximos 30 días | |
| No, no estoy pensando en dejar de fumar en los próximos 6 meses | |
| CQ2 | PLCO | | sPP | | En el pasado, ¿ha intentado seriamente dejar de fumar? Es decir, ¿ha dejado de fumar durante al menos un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar? | | Sí | |
| No | |
| CQ3 | PLCO | | sPP | | ¿Cuál fue la mayor cantidad de tiempo en que dejó de fumar porque estaba tratando de dejar de fumar? | | Menos que una semana | |
| De 1 a 3 semanas | |
| De 1 a 2 meses | |
| De 3 a 11 meses | |
| De 1 a 4 años | |
| De 5 a 9 años | |
| 10 años o más | |
| CQ4 | PLCO | | sPP | | ¿Qué edad tenía cuando más recientemente dejó de fumar? | | \_\_\_\_ EDAD QUE PARÓ DE FUMAR | |
| CQ5 | PLCO | | sPP | | Si piensa en la última vez que dejó de fumar, ¿Usó alguno de los siguientes productos? (Marque cada uno de los productos que utilizó) | | Nicotina en forma de goma de mascar | |
| Parche de nicotina | |
| Nicotina en aerosol nasal, inhalador, pastilla, o tableta. | |
| Píldora prescripta como Buproprion (Zyban®, Wellbutrin®) or Varenicline (Chantix®) | |
| Ninguno de estos | |
| CQ6 | PLCO | | sPP | | Durante los últimos 12 meses, ¿Algún doctor, dentista, enfermera u otro profesional de salud le aconsejó que deje de fumar? | | Sí | |
| No, no se me aconsejó dejar de fumar | |
| No, no vi un profesional de salud en los últimos 12 meses | |
| No, no fumé en los últimos 12 meses | |
| NCTP1 | PATH | | ACASI | | ¿Alguna vez ha fumado un dispositivo electrónico con nicotina como ser un cigarrillo electrónico, una hookah  electrónica, un puro electrónico o una pipa electrónica? | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP1a | PATH | | ACASI | | ¿Utiliza ahora dispositivos de nicotina electrónicos? | | Todos los días | |
| Algunos días | |
| Nunca | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP2 | PATH | | ACASI | | ¿Alguna vez ha fumado un puro tradicional o "grande", un purito o un puro con filtro, incluso si solo fueron  una o dos pitaditas? | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP2a | PATH | | ACASI | | ¿Fuma ahora un cigarro tradicional, cigarrillo o un cigarro con filtro? | | Todos los días | |
| Algunos días | |
| Nunca | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP3 | PATH | | ACASI | | ¿Alguna vez ha fumado tabaco en una hookah, incluso si solo fueron una o dos pitaditas? | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP3a | PATH | | ACASI | | ¿Fuma ahora con hookahs? | | Todos los días | |
| Algunos días | |
| Nunca | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP4 | PATH | | ACASI | | ¿Alguna vez ha usado productos de tabaco sin humo, aunque sea una o dos veces? (Productos de tabaco sin humo incluyen bolsas de snus, Skoal Bandits, snus suelto, snus húmedo, chupable, escupible, rapé y tabaco de mascar.) | | Sí | |
| No | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| NCTP4a | PATH | | ACASI | | ¿Usa actualmente productos de tabaco sin humo? | | Todos los días | |
| Algunos días | |
| Nunca | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| *Las siguientes preguntas son sobre el consumo de alcohol. Esto incluye sangría, cerveza, vino, champán, licores como el whisky, ron, ginebra, vodka, whisky, o licores, así como cualquier otro tipo de alcohol.* | | | | | | | | |
| AU1 | NESARC | | CAPI | | En toda su vida, ¿ha tenido al menos una porción o medida de cualquier tipo de alcohol, sin contar los pequeños traguitos o sorbos? | | Sí | |
| No | |
| AQF1 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*], hasta e incluyendo el día de hoy. En los últimos 30 días, ¿en cuántos días bebió uno o más tragos de bebidas alcohólicas? | | No. De Días: \_\_\_\_ [De 0 a 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| AQF2 | NSDUH | | ACASI | | En los días en que bebió durante los últimos 30 días, ¿Cuántas **bebidas** tomó **por lo genera**l cada día? Cuente como una bebida una lata o botella de cerveza; una sangría de vino o una copa de vino, champán, o jerez; un trago de licor o una copa o un cóctel mixto. | | No. DE BEBIDAS: \_\_\_\_ [DE 1 A 90] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| AAI1 | NESARC | | CAPI | | ¿Más o menos cuantos años tenía cuando comenzó por primera vez a tomar alcohol? No cuente pequeños traguitos o sorbos de alcohol. | | \_\_\_Edad | |
| AB1 | NESARC | | CAPI | | Durante los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia bebe cuatro o más bebidas en una ocasión? | | Todos los días | |
| Casi todos los días | |
| 3 a 4 veces por semana | |
| 2 veces por semana | |
| Una vez por semana | |
| 2 a 3 veces al mes | |
| Una vez al mes | |
| 7 a 11 veces en el último año | |
| 3 a 6 veces en el último año | |
| 1 o 2 veces en el último año | |
| Nunca en el último año | |
| *Ahora me gustaría preguntarle acerca de sus experiencias con medicamentos y otros tipos de medicamentos que haya usado POR SU CUENTA -, ya sea SIN una receta médica (PAUSA); en MAYORES cantidades, con MÁS FRECUENCIA, o MAYOR tiempo de lo prescrito (PAUSA); o por una razón que no sea que un médico le dijo que debiera usarlos. Personas usan estos medicamentos y las drogas por su cuenta para sentirse más alertas, para relajarse o para calmar sus nervios, a sentirse mejor, para disfrutar o para drogarse o simplemente para ver cómo resultan.* | | | | | | | | |
| SU1 | NESARC | | CAPI | | ¿Ha utilizado alguna vez algunos de estos medicamentos o drogas? | | Sedativos, por ejemplo pastillas para dormir barbitúricos, Seconal®, Quaaludes, or Chloral Hydrate | |
| Medicamentos tranquilizantes o ansiolíticos, por ejemplo, Valium, Librium®, relajantes musculares, o Zanax® | |
| Analgésicos, por ejemplo, codeína, Darvon®, Percodan®, OxyContin®, Dilaudid®, Demerol®, Celebrex o Vioxx ® | |
| Estimulantes, por ejemplo, Preludin®, Benzedrine®, Methedrine®, Ritalin®, uppers, o speed | |
| Marihuana, hachís, THC, o hierba | |
| Cocaína o crack | |
| Alucinógenos, por ejemplo, el éxtasis / MDMA, LSD, mescalina, psilocibina, PCP, polvo de ángel, o el peyote | |
| Inhalantes o disolventes, por ejemplo, nitrito de amilo, óxido nitroso, pegamento, tolueno o gasolina | |
| Heroína | |
| Otros medicamentos, o drogas o sustancias, por ejemplo, metadona, Elavil®, esteroides, Thorazine® o Haldol® | |
| SUF1 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó sedantes? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF2 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó tranquilizantes o drogas para la ansiedad? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF3 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó analgésicos? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF4 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó estimulantes? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF5 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó marihuana o hachís? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF6 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días usó cocaína, incluyendo todas las formas de cocaína, tal como cocaína en polvo,  'crack', piedra y pasta de coca? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF7 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, desde  **[DATEFILL]** hasta hoy e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días usó 'crack' (cocaína en piedra o en  pedazo, **no** las otras formas de cocaína)? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF8 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, desde  **[DATEFILL]** hasta hoy e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días usó alucinógenos? | | Number of days \_\_\_\_ [RANGE: 0 - 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF9 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿Cuántos días utilizó algún tipo de inhalante por placer, por diversión o para drogarse? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF10 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, desde  **[DATEFILL]** hasta hoy e incluyendo el día de hoy. Durante los últimos 30 días, ¿en cuántos días usó heroína? | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SUF11 | NSDUH | | ACASI | | Piense específicamente en los últimos 30 días, a partir de [DATEFILL \*\*] hasta e incluyendo el día de hoy. En los últimos 30 días, ¿Durante cuántos días utilizó cualquier otro tipo de medicamentos o drogas o sustancias de una manera que un médico no le indicó usarlos? Esto incluye el uso sin prescripción médica, uso en cantidades mayores, uso con más frecuencia, o uso por más que el tiempo indicado por un médico, o uso en cualquier otra forma que la indicada por un médico. | | Número de días \_\_\_\_ [ DE 0 A 30] | |
| No sé/Prefiero no contestar | |
| SAI1 | NESARC | | CAPI | | ¿Qué edad tenía cuando utilizó por primera vez [Nombre de categorías de drogas \*]? | | \_\_\_ Edad | |
| CAGE1 | | CAGE AID | | CAPI | ¿Alguna vez ha sentido que debería disminuir o reducir su uso de alcohol o drogas? | Sí  No | |
| CAGE2 | | CAGE AID | | CAPI | ¿Se ha sentido alguna vez molesto por las críticas de la gente acerca de su uso de alcohol o drogas? | Sí  No | |
| CAGE3 | | CAGE AID | | CAPI | ¿Alguna vez se ha sentido culpable o mal debido a su uso de alcohol o drogas? | Sí  No | |
| CAGE4 | | CAGE AID | | CAPI | ¿Alguna vez ha necesitado alcohol o drogas temprano en la mañana para estabilizar sus nervios, para ayudarlo con la resaca, o para comenzar su día? | Sí  No | |