

Programa de cesación de Tabaquismo Encuesta Inicial

- Por favor responda **TODAS las preguntas**, no deje ningún casillero u opción en blanco.
- En los casilleros grandes hay que poner números, si la respuesta es cero o ninguno, coloque el número 0, **no lo deje en blanco**.
- Los casilleros triangulares (Δ) son para marcar una respuesta a una pregunta. Ponga **una cruz** en el que corresponda a su/s respuesta/s. Siempre se requiere marcar uno o más de los casilleros triangulares, **no deje todos los casilleros en blanco de una misma pregunta**.
- Los renglones son para escribir. Si tiene que escribir, hágalo en lo posible con letra de imprenta.

Nombre completo _____

Cédula de Identidad:

Fecha : ____/____/____

Ocupación y nivel de instrucción:

Trabajo:

- Δ Fijo Δ Desocupado
 Δ Changas Δ Jubilado o pensionista

Instrucción:

- Δ Primaria Incompleta Δ Primaria Completa
 Δ Secundaria Incompleta Δ Secundaria Completa
 Δ Terciaria Incompleta Δ Terciaria Completa

Observaciones: _____

Historia de tabaquismo

¿A que edad comenzó a fumar?

¿Que tipo de tabaco consume?

- Δ cigarrillos
 Δ tabaco de armar
 Δ pipa
 Δ habanos

¿Cuántos cigarrillos fuma por día actualmente?

¿Desde cuándo?

el número corresponde a:
 Δ días Δ meses Δ años

¿En los momentos en que ha fumado más, cuántos cigarrillos llegó a fumar por día?

¿Cuántas veces logró dejar de fumar?

Si alguna vez lo logró, ¿cuanto fue el tiempo máximo que estuvo sin fumar?

↓
 el número corresponde a:
 Δ días Δ meses Δ años

Cuando cree usted que logrará dejar de fumar:
 (marque sólo una opción)

- Δ En los próximos 30 días
 Δ Entre 1 y 6 meses
 Δ Usted no cree que pueda lograr dejar

MEDICACIÓN INDICADA :

- Δ **Bupropión** Comprimidos diarios: _____
 Δ **Chicles** Cantidad diaria promedio: _____