

## Auto Reporte de Evaluación de Tabaco del Consumidor

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### Uso de Tabaco -

1. Por favor, marque la casilla apropiada para cada tipo de tabaco:

<b>1a CIGARRILLOS</b>	Nunca Usó	
	Usó en el Pasado	
	Usa Actualmente	
<b>1b CIGARRILLO ELECTRÓNICO/DE VAPOR</b>	Nunca Usó	
	Usó en el Pasado	
	Usa Actualmente	
<b>1b PIPA</b>	Nunca Usó	
	Usó en el Pasado	
	Usa Actualmente	
<b>1c CIGARROS</b>	Nunca Usó	
	Usó en el Pasado	
	Usa Actualmente	
<b>1d TABACO MASTICABLE</b>	Nunca Usó	
	Usó en el Pasado	
	Nunca Usó	
	Usa Actualmente	
2. ¿Qué <b>edad</b> tenías cuando <b>probaste el tabaco por primera vez</b> ?		
3. ¿A qué edad en comenzaste a consumir tabaco <b>con regularidad</b> ?		
4. ¿Cuántos cigarrillos fumas por día?		
5. ¿Qué tan seguido usas cigarrillos electrónicos/de vapor por día?		
5. ¿A cuántos minutos después de despertarte fumas tu primer cigarrillo (o usas otros productos de tabaco)?		
6. ¿A veces te despiertas en la noche para fumar o usar otros productos de tabaco?		Sí No.

7. ¿Quién fuma en tu familia? Por favor, selecciona todas las que aplican:	Ninguna	
	Padres	
	Hermanos/Hermanas	
	Pareja	
	Compañeros de Vivienda	
8. ¿Fumas dentro de la casa?	Sí	No

9. ¿Qué tan **importante** es para ti detener el uso del tabaco ahora?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para Nada			Importancia Promedia				Suma Importancia		

### Enfermedades Relacionadas con el Tabaco

10. ¿En el pasado has tenido o actualmente tienes una de las siguientes?  
(Marca todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/>	Arritmia/Ritmo Cardíaco Irregular	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	Obesidad/Sobrepeso
<input type="checkbox"/>	Asma o Bronquitis Crónica	<input type="checkbox"/>	Halitosis/Mal Aliento	<input type="checkbox"/>	Úlcera Péptica
<input type="checkbox"/>	Cáncer (Indica el tipo abajo)	<input type="checkbox"/>	Ataque Cardíaco/ Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	Problemas de Circulación	<input type="checkbox"/>	Impotencia	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/>	Menopausia temprana	<input type="checkbox"/>	Influenza/ Gripe Frecuente	<input type="checkbox"/>	Arrugas
<input type="checkbox"/>	Otra enfermedad (describir):				

### El Deseo de Renunciar

11. Por favor, revisa el número al lado **del enunciado que mejor describe tu situación actual**:

11a	Yo actualmente fumo/uso tabaco y yo no quiero renunciar en los próximos 6 meses.	
11b	Yo realmente estoy considerando renunciar en los próximos 6 meses, pero no en los próximos 30 días.	
11c	Yo estoy interesado/a en reducir de manera drástica el número de cigarrillos que fumo actualmente (reducir a la mitad o más), pero no estoy interesado/a en renunciar del todo.	
11d	Yo estoy interesado/a en renunciar a fumar/al uso del tabaco en el próximo mes, y estaría interesado/a en cualquier asistencia que podría obtener.	

12. ¿Qué tan **confiado** estás en que vas a tener éxito en detener tu uso de tabaco ahora? Por favor, marca una casilla.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Para Nada		Importancia Promedia				Suma Importancia			