

Encuesta para Pacientes

Profesionales de Salud Aconsejando a sus Pacientes Sobre el Uso de Tabaco

Favor de llenar este cuestionario y envíelo a (persona designada). Sus respuestas son importantes y nos ayudarán a darle a usted y a otros pacientes de (nombre de la clínica) la mejor atención médica posible.

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Sexo: Masculino

Femenino

Origen Asiático americano

Étnico: Afro americano

Caucásico / Anglosajón

México Americano

Otro Hispano / Latino

Indígena Norteamericano

Otro

1. ¿Ha fumado por lo menos **100 cigarrros** (o una cantidad equivalente de puros, tabaco en pipa o tabaco de mascar) en su vida?

Sí

No

Si su respuesta es “**No**” a la pregunta número uno, **no** conteste las siguientes preguntas. Ha terminado.

2. ¿Usa tabaco **actualmente**?

todos los días

algunos días no lo uso

3. Si ya no usa tabaco, ¿**cuánto tiempo** hace que **dejó de usarlo**?

Más de un año

Menos de un año

Si contestó “**Más de un año**” a la pregunta número tres, **no** conteste las siguientes preguntas. Ha terminado.

4. Durante los últimos 12 meses, ¿ha **visitado al doctor** o a algún otro profesional de la salud?

Sí

No

5. Durante los últimos 12 meses, ¿le ha **aconsejado** algún doctor u otro profesional de la salud **que deje de usar tabaco**?

Sí

No

6. ¿Le gustaría dejar de usar tabaco por completo?

Sí

No

7. Durante los últimos 12 meses, ¿ha **dejado de usar tabaco** por un día o más?

Sí

No

¡Gracias por su ayuda!

