

Encuesta de Uso de Tabaco

Fecha de Actividad: ____/____/____ Visita para (Seleccione uno): Cuidador/Adulto Niño

Qué Cuidador/Adulto o Niño participó (Nombre del Cliente)? _____ ID#: _____

Programa?: Convertirse en Mamá Planificación Familiar Salud Materno Infantil PMI TPTCM
(Seleccione uno)

Está embarazada? Si No

Por favor mire todas las tres secciones y responda todo lo que aplique.

Sección A

Por favor marque la respuesta que mejor le describa:

Embarazada	NO Embarazada
<input type="checkbox"/> Yo NUNCA he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.	<input type="checkbox"/> Yo NUNCA he fumado o fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
<input type="checkbox"/> Yo DEJE de fumar ANTES de enterarme que estaba embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo DEJE de fumar en el ULTIMO AÑO .
<input type="checkbox"/> Yo DEJE de fumar DESPUES de enterarme que estaba embarazada, y no estoy fumando ahora.	<input type="checkbox"/> Yo DEJE de fumar hace MAS DE UN AÑO .
<input type="checkbox"/> Yo fumo ALGUNOS AHORA , pero DISMINUIRE, PORQUE me enteré que estoy embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo ACTUALMENTE fumo pero NO DIARIAMENTE .
<input type="checkbox"/> Yo fumo REGULARMENTE AHORA , y NO HE DISMINUIDO porque me enteré que estoy embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo ACTUALMENTE fumo TODOS LOS DIAS .
Utiliza cigarrillos electrónicos o E-cigarrillos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Utiliza productos de tabaco sin humo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso de "si", qué tipo de producto de tabaco sin humo usa? _____	

Sección B

Expuesta al Humo de Segunda Mano:

- Cuántas personas fumadoras viven con usted? _____
- Cuál es su relación con los fumadores mencionados? (*marque todo lo que aplique*)
 compañero padre amigo otro _____
- Con qué frecuencia fuman dentro de su casa o carro? Usted diría:
 diariamente semanalmente mensualmente menos que mensualmente nunca

Sección C

Si usted fuma:

- Si usted fuma, en los últimos 30 días, con qué frecuencia fumaba?
 todos los días algunos días
- En un día normal que usted fuma, cuántos cigarrillos fuma actualmente? (por cigarrillo, nos gustaría que incluya cigarrillos, cigarros, o puros como negro y canela) # _____
- Está usted interesada en dejar de fumar en este momento?
 si, en los próximos 30 días si, pero no ahora Estoy lista para dejar en este momento