**Cuestionario para dejar de fumar**

Nombre:………… email o celular…………………..

En una escala del 1 al 10 ¿qué tanto quieres dejar de fumar? ……………………

¿Cuándo empezaste a fumar?

¿Por favor dime por qué empezaste?

* Presión de grupo
* Rebelarte contra la autoridad
* Tu madre o padre fumaba
* Para verte más grande
* Para verte más sofisticado
* Otro

¿Cuántos fumas al dia? ¿Qué marca fumas?

¿Hace cuánto que fumas tantos??

¿Qué obtienes al fumar?

* Me relaja
* Me ayuda a concentrarme
* Es una excusa para un descanso
* Me da un impulse de confianza
* Es un accesorio
* Otro

¿Cuando fumas?

* Al despertar
* En el desayuno
* Con te/cafe
* Después de las comidas
* Por télefono
* Mientras manejas
* En el trabajo
* En la cama
* Otro

¿Que te asusta de fumar?

¿Conoces a alguien que:

* Murió a causa de una enfermedad relacionada con el tabaquismo?
* Quien esta enformo ahora?

¿Quién es importante para ti?

POR QUÉ

¿Qué más es importante para ti?

¿Tu medico te ha dicho algo relacionado con fumar?

¿Has tenido alguna señal o síntoma de advertencia?

¿Tienes algún problema de salud??

¿Cuánto tiempo quieres vivir? ¿Por qué?

¿De quién es la responsabilidad de tu salud?

Que harás ahora que el libre del hábito de fumar que no podías hacer antes?

¿Qué te detiene?

¿Cuáles son las principals razones para que dejes de fumar:

1.

2.

3