

# 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 <b>NUNCA</b> he fumado o he fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.	<input type="checkbox"/> Yo <b>NUNCA</b> he fumado o fumado menos de 100 cigarrillos en toda mi vida.
<input type="checkbox"/> Yo <b>DEJE</b> de fumar <b>ANTES</b> de enterarme que estaba embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo <b>DEJE</b> de fumar en el <b>ULTIMO AÑO</b> .
<input type="checkbox"/> Yo <b>DEJE</b> de fumar <b>DESPUES</b> de enterarme que estaba embarazada, y no estoy fumando ahora.	<input type="checkbox"/> Yo <b>DEJE</b> de fumar hace <b>MAS DE UN AÑO</b> .
<input type="checkbox"/> Yo fumo <b>ALGUNOS AHORA</b> , pero <b>DISMINUIRE, PORQUE</b> me enteré que estoy embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo <b>ACTUALMENTE</b> fumo pero <b>NO DIARIAMENTE</b> .
<input type="checkbox"/> Yo fumo <b>REGULARMENTE AHORA</b> , y <b>NO HE DISMINUIDO</b> porque me enteré que estoy embarazada.	<input type="checkbox"/> Yo <b>ACTUALMENTE</b> fumo <b>TODOS LOS DIAS</b> .
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