

**Identificación de la paciente**

N.º de programa \_ \_ \_ \_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de la evaluación \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.º de ID \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

**Antecedentes de tabaquismo de la paciente**

17. ¿Fuma? Incluye cigarrillos, pipas o habanos (Fuma tabaco en cualquier forma)

1. Actualmente fuma
2. Dejó de fumar (hace 1 a 12 meses)
3. Dejó de fumar (hace más de 12)
4. Nunca ha fumado

18. ¿Aproximadamente cuántas horas al día pasa en la misma habitación o vehículo con alguien que fuma?

\_\_\_ Horas  Menos de una  Ninguna

**Completar por el coordinador del programa: (de 1 a 3, marque todas las que correspondan)**

19. Paciente :

1. Remisión por fax a una línea para dejar de fumar proactiva (*marque solo a o b*):

- a. Firmada por la participante
- b. Se brindó confirmación verbal

2. Se remitió a un programa para dejar de fumar en la comunidad local
3. Recibió información para contactar la línea de apoyo telefónica (Quitline) para dejar de fumar
4. No se remitió a ninguna línea de apoyo telefónica (Quitline) o a un programa comunitario para dejar de fumar, o no se proporcionó información para contactar la línea de apoyo telefónica para dejar de fumar.
5. Rechazó cualquier remisión o información