

Registro Toda la información de este cuestionario permanecerá de manera confidencial. Escriba laramente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Hay estudios que demuestran que algunas comunidades y grupos demográficos tienen mayores índices de uso de tabaco que otros. La American Lung Association está interesada en conocer a quienes ayudamos con Freedom From Smoking®. Todas las preguntas de esta sección son opcionales.

¿Cuáles de las siguientes opciones describe mejor su raza o grupo étnico? (Marque todo lo que corresponda.)

- Blanco Afroamericano Hispano Isleño del pacífico/Asiático
 Americano nativo/nativo de Alaska Otro: _____

¿Cuál es su edad? _____

¿Cuál es su sexo?

- Femenino Masculino Prefiero autodescribirme: _____

Diría que usted es... (Marque todo lo que corresponda.): Heterosexual Gay o lesbiana Bisexual

Transgénero Prefiero autodescribirme: _____

Questionnaire 3 › Your History of Tobacco Use

1. ¿A qué edad comenzó a usar el tabaco? _____

2. ¿Qué promedio de cigarrillos fuma por día? _____
 No aplica. Usa el tabaco de otra manera.

3. ¿Cuántas veces ha intentado dejar de fumar antes? _____

4. ¿Cuál es el mayor período de tiempo que estuvo sin fumar desde que comenzó por primera vez?

5. ¿Usa el tabaco de otra manera más que el cigarrillo? Si su respuesta es Sí, marque la casilla que corresponde a continuación:

- Pipa Cigarrillo Tabaco en polvo Tabaco para masticar Cigarrillo electrónico
 Other: _____

6. ¿En qué ámbitos suele pasar tiempo con otros fumadores? (Marque todo lo que corresponda.)

- En casa En el trabajo En situaciones sociales Generalmente soy el único que fuma

7. ¿Cuánto apoyo piensa que pueden brindarle esas personas en su intento de dejar de fumar?

	Me apoyan	No quieren que deje	No les importa	No saben
Esposo/esposa/compañero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compañeros de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ¿Cómo supo de la clínica Freedom From Smoking® de la American Lung Association ?

- Por un familiar, amigo o compañero de trabajo
 Derivado por la Lung Helpline
 Por mi oficina local de la American Lung Association
 Visité la página web de la American Lung Association
 Búsqueda en línea
 Vi una publicidad
 He utilizado Freedom From Smoking antes
 Otro: _____

©2017 American Lung Association. All rights reserved. No part of this material may be copied, reprinted, adapted in English or translated into another language without prior written permission. Rev 10/17.