

Programa de Quit Smoking Now Formulario de Registracion



Para ayudarle a dejar el tabaco, nos gustaría saber sobre usted y su consumo del tabaco. Estas preguntas se usan sólo para ver quién está utilizando este programa. Todo el mundo puede unirse al programa de Quit Smoking Now. Sus respuestas en este formulario se mantendrán confidenciales. Si usted tiene alguna pregunta al llenar el formulario, por favor pregunte a su facilitador de Quit Smoking Now.



INFORMACION DE REGISTRACION

Fecha de Hoy: _____

Nombre: _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado de la Florida: _____

Número de Casa: _____ Número de Celular: _____

Dirección Electrónica: _____

¿CÓMO SE ENTERO SOBRE QUIT SMOKING NOW?

1. ¿Cómo se enteró de este programa?

(Marque las que correspondan)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Familia / Amistades |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Empleador |
| <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Plan de Seguro Médico |
| <input type="checkbox"/> Internet / Web | <input type="checkbox"/> Organización de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Guía de Teléfono | <input type="checkbox"/> Quitline de la Florida |
| <input type="checkbox"/> Volantes / Folletos | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de Asistencia Médica
(médico/dentista/enfermera) | <input type="checkbox"/> No sabe / no está seguro |

SU USO DEL TOBACCO CORRIENTEMENTE

2. ¿Qué tipos de tabaco usas ahora o en los últimos 30 días?

(Marque las que correspondan)

- Los Cigarrillos
- Los cigarros o cigarros pequeños
- Un Tubo
- El tabaco de mascar, o de chupar
(Número de latas usadas por semana: _____)
- Otros tipos de tabaco (como hookahs, bidis, snus): _____
- Ninguno - No he utilizado ninguna de tabaco en los últimos 30 días. Por favor, vaya a la pregunta 6.

3. ¿En la actualidad el consumo de tabaco todos los días, algunos días, o nada?

(Marque uno)

- Todos los días
- Algunos días
- No, en absoluto - pase a la pregunta 6.

4. ¿Qué tan pronto después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

(Marque Uno)

- A los 5 minutos
- De 6 a 30 minutos
- De 31 a 60 minutos
- Después de 60 minutos
- No se aplica - Sólo puedo usar otras formas de tabaco

Continúe →

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

5. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día en los días que usted fuma?

(Marque Uno)

- 10 o menos cigarrillos
- 11-20 cigarrillos

- 21-30 cigarrillos
- 31 o mas cigarrillos
- No se aplica - Sólo puedo usar otras formas de tabaco

SUS PLANES DE DEJAR DE FUMAR Y EXPERIENCIAS

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor sus planes para el consumo de tabaco en este momento?

(Marque Uno)

- Soy un usuario del tabaco y no pienso dejar de fumar en los próximos 6 meses
- Yo uso el tabaco, pero he decidido dejar de fumar en los próximos 30 días
- Yo uso el tabaco, pero estoy planeando dejar de fumar en los próximos 6 meses
- Soy un ex-usuario del tabaco; dejé de usar el tabaco hace MENOS de 6 meses
- Soy un ex-usuario del tabaco: dejé hace MAS de 6 meses
- No sabe / no está seguro

7. ¿Cuántas veces has intentado dejar de fumar en el último año?

(Marque Uno)

- Ninguno
- 1 vez
- 2 veces
- 3 o más veces
- No sabe / no está seguro

8. ¿Qué tan seguro está de que puede dejar de fumar en este intento? Por favor, marque un número entre 0 y 10, donde 0 es "no seguro" y 10 "muy seguro".

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Moderadamente Muy
Seguro Seguro Seguro

ACERCA DE USTED

9. ¿Qué año nació usted?

(Se necesita el año de nacimiento para registración)

A A A A

10. ¿En cuál mes y día nació usted?

(Opcional)

M M / D D

11. ¿Es usted masculino o femenina?

(Marque Uno)

- Masculino
- Femenina → Si es femenina: usted está embarazada o dando de lactar?
 - Sí
 - No

12. ¿Es usted Hispano o Latino?

(Marque Uno)

- Sí - Hispano o Latino
- No - no Hispano o Latino

13. ¿Cuál es su raza? ¿Cuál de estos grupos diría usted que le describe mejor?

(Marque Uno)

- Blanco
- Negro o Afro Americano
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái o otra Isla del Pacífico
- Más de una raza
- alguna otra raza: _____

14. ¿Cuál es su idioma principal?

(Marque Uno)

- Inglés
- Español
- Créole
- Otro: _____

15. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha terminado?

(Marque Uno)

- Menos de la escuela secundaria
- Graduado de la escuela secundaria / GED
- alguna universidad / escuela vocacional
- Colegio o título universitario

Nombre: _____

Fecha de Hoy: _____

16. ¿Cuál es su situación laboral actual?

(Marque Uno)

- Tiempo Completo
- Parte del tiempo
- Trabajo temporal
- Ama de casa / padres que se quedan en casa
- Estudiante
- Desempleado / despedidos
- Jubilados
- Persona de movilidad reducida ("sobre la incapacidad") o con licencia médica

17. ¿Cuál es su estado civil actual?

(Marque Uno)

- Casado / asociado
- Estado civil: Divorciado
- Separado
- Viudo
- Soltera (nunca casada)
- Otro

18. ¿Cuál fue la entrada económica total de su hogar el año pasado?

(Marque Uno)

- Ninguna entrada económica
- Menos de \$10,000 (<\$200/semana)
- De \$10,000 a \$14,999 (\$200 a \$299/semana)
- De \$15,000 a \$19,999 (\$300 a \$399/semana)
- De \$20,000 a \$24,999 (\$400 a \$499/semana)
- De \$25,000 a \$34,999 (\$500 a \$699/semana)
- De \$35,000 a \$49,999 (\$700 a \$999/semana)
- De \$50,000 a \$74,999 (\$1,000 a \$1,499/semana)
- De \$75,000 o más (\$1,500/semana o más)
- No sabe / no está seguro

19. ¿Tiene algún tipo de seguro médico, incluyendo seguro de salud, planes prepagados como HMO o planes del gobierno como Medicare o Medicaid?

Nota: Esta información es utilizada sólo para ver quién está utilizando el programa. Todo el mundo puede unirse a QSN tengan seguro o no.

(Marque Uno)

- No
- Si → En caso, ¿qué tipo de cobertura?
 - Seguro médico privado
 - Plan Prepago
 - Medicare
 - Medicaid
 - Otros: _____
- No sabe / no está seguro

20. ¿Diría que en general su salud es ...

(Marque Uno)

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala
- No sabe / no está seguro

21. Ahora piense acerca de su salud física, la cual incluye enfermedades físicas y accidentes: ¿Durante cuántos de los pasados treinta días no gozó de buena salud física?

(Por favor escriba un número entre 0 y 30)

Número de días: _____

22. Ahora piense acerca de su salud mental, la cual incluye tensión, depresión y problemas emocionales: ¿Durante cuántos de los pasados treinta días no gozó de buena salud mental?

(Por favor escriba un número entre 0 y 30)

Número de días: _____

23. ¿Durante cuántos de los pasados treinta días, el mal estado de salud mental o física le impidieron realizar sus actividades, tales como cuidado personal, trabajo o recreación?

(Por favor escriba un número entre 0 y 30)

Número de días: _____

¡Gracias!



Servicios para Dejar de Fumar Formulario de Autorización para Evaluar



Información del Participante

Nombre:	_____
Fecha:	_____
Ubicación del programa:	_____

Autorización para la Evaluación

Una de las maneras para asegurarse que este programa es efectivo es saber si le ha ayudado a dejar de fumar y a mantenerse libre de fumar o usar tabaco. ¿Puede alguien comunicarse con usted en el futuro para preguntarle si le gustó este programa y si dejó de fumar?

Sí No
↓

<i>Si esta de acuerdo, por favor incluya su información de contacto a donde le podemos enviar unas preguntas:</i>	
Dirección:	_____
Ciudad:	_____ Estado: _____ Código Postal: _____
Número de Teléfono 1:	_____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> otro
Numero de Teléfono 2:	_____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> otro
Correo electrónico:	_____

Gracias!



Exoneración de Responsabilidad para Terapia de Reemplazamiento de Nicotina (TRN)
de la Red de AHEC de Florida

Por favor llene todos los espacios en blanco debajo y firme su nombre:

Yo, (su nombre en letras de molde) _____, estoy consciente del uso apropiado y cuidadoso de productos de TRN. Yo comprendo que cuando uso productos TRN, yo debería seguir las instrucciones alistadas en el empaquetamiento del producto.

(Iniciales)



___ 1. Yo comprendo que yo **NO** debería usar TRN sin la aprobación de un médico si yo tengo cualquiera de las siguientes condiciones médicas:

- Menor de 18 años
- amamantar
- enfermedad del corazón
- ataque de corazón o derrame dentro de las últimas seis semanas
- latidos irregulares del corazón
- alta presión sanguínea no controlada con medicina
- receta médica para depresión o asma
- problemas de la piel o alergia al adhesivo de la cinta pegante

___ 2. Yo no mantendré a la red de AHEC de Florida ni al instructor del grupo responsables o legalmente responsables por consecuencias de salud relacionadas con mi uso de terapia de reemplazamiento de nicotina.

___ 3. Entiendo que es mi responsabilidad para asistir a cada Quit Smoking Now sesión para mantener la elegibilidad para NRT.

___ 4. Yo he leído esta renuncia y acepto responsabilidad para mi uso del TRN.

Al firmar esta Renuncia, yo doy al instructor/empleo de Deja De Fumar Ahora permiso para compartir mi información con el Departamento de Salud de Florida si yo escojo recibir TRN adicional desde mi departamento de salud local del mi condado. Yo comprendo que mi información personal (nombre, dirección, TRN recomendada, etc.) será protegida para bien de todas partes envueltas, para mi privacidad.

Firmado: _____

Fecha: _____

..... Por favor use el espacio debajo según necesario.

Si usted ha asistido a una clase de Herramientas Para Renunciar o Dejar De Fumar Ahora en el año pasado por favor marque abajo:

___ asistí a la clase de "Dejar De Fumar Ahora" en los últimos 12 meses.

___ asistí a la clase de "Las Herramientas Para Dejar De Fumar" en los últimos 12 meses.

AHEC Tobacco Cessation Follow-Up Record

Facilitator _____

Client _____

Select Follow-up Period

Quit Day _____

Quit Day
 1 Week
 4 Week
 3 Months
 5 Months

Call	Call Time	Date	Contact Type		No Contact	Refused	Left Message	No Answer	Disconnected or wrong #
			Phone	In Person					
1	am pm								
2	am pm								
3	am pm								
4	am pm								

1. Have you smoked or used smokeless tobacco in the past 7 days?

_____ Yes

_____ No

2. Have you smoked or used smokeless tobacco in the past 4 weeks?

_____ Yes

_____ No

3. Have you smoked or used smokeless tobacco in the past 3 months?

_____ Yes

_____ No

4. Have you smoked or used smokeless tobacco in the past 5 months?

_____ Yes

_____ No