

EVALUACIÓN DE USO DE TABACO

Fecha de la Evaluación: _____

Nota: Para propósito de esta evaluación, el término "tabaco" se refiere de forma general a cualquier producto que contenga tabaco o nicotina, incluyendo cigarrillos, cigarros, tabaco de mascar/sin humo, cigarrillos electrónicos, "hookah", etc.

Sección 1. Información Personal					
Nombre				Edad	
Sección 2. Uso de Tabaco					
¿Alguna vez ha usado tabaco?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si responde NO , haga la siguiente pregunta, luego esta evaluación está completa.		
¿Usted vive con un usuario de tabaco?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si responde SI , provea información sobre humo de segunda mano.		
¿Usted usa tabaco actualmente?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Si responde NO , fecha del último uso: _____		
¿Qué tipos de tabaco usa actualmente? (Leer en voz alta si se necesita.)					
<input type="checkbox"/> Cigarrillo/cigarro (completar la Sección 2A)	<input type="checkbox"/> Cigarrillo electrónico/vaporizador (completar la Sección 2B)				
<input type="checkbox"/> Tabaco sin humo (completar la Sección 2B)	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ (completar la Sección 2B)				
2A. Para individuos que fuman cigarrillos:					
i. Para fumadores diarios: En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma cada día? _____					
¿Cuántos años ha fumado? _____					
ii. Para los individuos que no fuman diario: En promedio, ¿cuántos cigarrillos fuma cada mes? _____					
2B. Para individuos que consume tabaco sin humo (complete las filas aplicables):					
	¿Cuántos días a la semana o mes? (escoja uno)	i. Fumadores diarios: ¿Cuánto usa cada día?	ii. Individuos que no fuman diario: ¿Cuánto usa cuando usa?	¿Cuánto tiempo ha usado este producto? (mes/año)	
Tabaco sin humo					
Cigarrillo electrónico/vaporizador					
Otro:					
Sección 3. Intentos de Dejar de Fumar					
¿Alguna vez ha intentado dejar de usar tabaco? Si ¿Cuándo fue su último intento? _____ No					
Métodos utilizados en el último intento (Leer en voz alta si se necesita. Marque todos lo que apliquen.)					
<input type="checkbox"/> Sin ninguna ayuda ni medicación	<input type="checkbox"/> Consejería individual o en grupo				
<input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo de nicotina (TRN):	<input type="checkbox"/> parche	<input type="checkbox"/> goma de mascar	<input type="checkbox"/> pastilla de nicotina	<input type="checkbox"/> inhalador <input type="checkbox"/> aerosol nasal	
<input type="checkbox"/> Medicamento recetado (Chantix/Wellbutrin/Zyban)	<input type="checkbox"/> Hipnosis/acupuntura				
<input type="checkbox"/> Si utiliza otro método, por favor especifique: _____					
¿Desea usted dejar de utilizar productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé					
Si responde si, vaya a Sección 4A . Si responde no o no sabe, vaya a Sección 4B .					

EVALUACIÓN DE USO DE TABACO

Fecha de la Evaluación: _____

Sección 4. Servicios o Intervención que se Ofrecen Hoy

4A. Complete lo siguiente si **la persona está lista para cesar**:

¿Qué servicios fueron provistos para asistir a la persona para dejar de usar productos de tabaco?

- Distribución de producto de TRN (seleccione el que se proveyó)
 - parche de nicotina - 21 mg parche de nicotina - 14 mg parche de nicotina - 7 mg
 - goma de mascar - 4 mg pastilla de nicotina - 4 mg inhalador aerosol nasal
- Medicamento recetado (escoja la medicina usada: Chantix/ Wellbutrin/ Zyban)
- Referido a la Línea de Cesación de Texas (Texas Quitline) Otro servicio provisto (*especifique*): _____

4B. Complete lo siguiente si **la persona no está lista para cesar (o incierto)**:

¿Qué intervención fue provista por el profesional? (*Marque todo lo que aplique*)

- Aconsejó la persona a dejar de usar tabaco Proveyó tarjeta de la Línea de Cesación de Texas (Texas Quitline) Discutió las 5Rs
- Proveyó tarjeta educativa (*marque todas las provistas*)
 - humo de segunda mano fumar y embarazo uso de sustancias salud mental
 - cigarrillos electrónicos/pipas individuos desplazados dolor y opioides discapacidad física
- Proveyó entrevista motivacional Acordaron discutir en la próxima visita