

# INFORME DEL FUMADOR

## DATOS DE FILIACIÓN

Nombre ..... Apellido .....

Edad ..... años

Telf. Móvil ..... Telf. Fijo ..... Telf. Trabajo .....

Domicilio ..... CP .....

Correo electrónico .....

Sexo:  Masculino  Femenino Opción sexual:  Heterosexual  LGTBI+

Nivel de estudios:  Básico  Bachillerato  Medio  Superior

Estado civil  Soltero  Casado  Separado/viudo <1 mes  Separado/viudo 1 - 3 meses  
 Separado/viudo 3 - 6 meses  Separado/viudo 6 meses - 1 año  Separado/viudo 1 - 3 años  
 Separado/viudo 3 - 6 años

## DATOS DE ABANDONO Contesta una de las alternativas a las preguntas A o B

### A. ¿Quieres dejar de fumar? o ¿estás pensando en dejar de fumar?

- No. **PRECONTEMPLACIÓN**  
 Si pero tal vez mas allá de los próximos 6 meses. **PRECONTEMPLACIÓN**  
 Si dentro de los próximos 6 meses. **CONTEMPLACIÓN**  
 Si dentro de un mes. **CONTEMPLACIÓN**

### B. Si acabas de dejar de fumar, ¿cuanto tiempo llevas sin fumar?

- Menos de 6 meses. **ACCIÓN**  
 Más de 6 meses. **MANTENIMIENTO**

## ¿TIENES PROBLEMAS DE SALUD?

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias         | <input type="checkbox"/> Estéticos     | <input type="checkbox"/> Maxilofaciales         | <input type="checkbox"/> Psiquiátricos   |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo      | <input type="checkbox"/> Esterilidad   | <input type="checkbox"/> Neurológicos           | <input type="checkbox"/> Respiratorios   |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad         | <input type="checkbox"/> Estrés        | <input type="checkbox"/> Obstétricos            | <input type="checkbox"/> Renales         |
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares | <input type="checkbox"/> Genéticos     | <input type="checkbox"/> Ocupacionales          | <input type="checkbox"/> Reumatológicos  |
| <input type="checkbox"/> Deportivos       | <input type="checkbox"/> Ginecológicos | <input type="checkbox"/> Odontológicos          | <input type="checkbox"/> Traumatológicos |
| <input type="checkbox"/> Depresión        | <input type="checkbox"/> Hematológicos | <input type="checkbox"/> Oftalmológicos         | <input type="checkbox"/> Toxicomanías    |
| <input type="checkbox"/> Dermatológicos   | <input type="checkbox"/> Infecciosos   | <input type="checkbox"/> Oncológicos            | <input type="checkbox"/> Urológicos      |
| <input type="checkbox"/> Drogas           | <input type="checkbox"/> Inmunológicos | <input type="checkbox"/> Otorrinolaringológicos | <input type="checkbox"/> Odontológicos   |
| <input type="checkbox"/> Endocrinológicos | <input type="checkbox"/> Impotencia    | <input type="checkbox"/> Psicológicos           | <input type="checkbox"/> Oftalmológicos  |
| <input type="checkbox"/> Otros .....      |  |   |  |

## ANTECEDENTES DE TABAQUISMO

- Edad de inicio del consumo de tabaco ..... años
- Hábito tabáquico de los padres y hermanos  Si  No
- Tabaquismo en convivientes  Si  No
- Tabaquismo en el medio laboral  Si  No
- Tabaquismo social  Si  No

## TABAQUISMO ACTUAL

¿Cuántos cigarrillos fumas habitualmente al día?.....

Fumas puros y pipa  Sí  No

Fumas cigarrillos electrónicos  Sí  No

Te despiertas por la noche para fumar  Sí  No

Edad de inicio del consumo habitual de cigarrillos: ..... años

¿A partir de que edad empezaste a comprar tus propios paquetes de cigarrillos?

Años de fumador: ..... años

Paquetes al año: ..... años

En el cuaderno de trabajo te enseñamos como hacer este cálculo

## INTENTOS DE ABANDONO DEL TABACO

¿Has intentado dejar de fumar en alguna ocasión?  No  Sí; una o dos veces  Sí; más de dos veces

¿Cuanto tiempo has estado como máximo sin fumar?  <1 semana  1 - 2 semanas

2 semanas - 1 mes  1 - 2 meses  2 - 6 meses  6 meses - 1 año  >1 año

## MOTIVO(S) DE RECAÍDA

 Puedes marcar más de un motivo

Motivos sociales  Síndrome de abstinencia con síntomas muy intensos

Incremento de la depresión  Preocupación por ganancia de peso

## TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN LOS INTENTOS

Ninguno  Sí; por los propios medios; usando la fuerza de voluntad

Sí; has acudido a centros de deshabituación tabáquica  Sí; libros de autoayuda  Sí; acupuntura

Sí; hipnosis  Sí; medicina tradicional o folclórica  Sí; el Método DíaD:  1ª vez  2ª vez  3ª vez  4ª vez

## UTILIZAS EL CIGARRILLO COMO:

En el cuaderno de trabajo te mostramos como completar el Test de Glover Nilsson

.....

.....

.....

.....

## NIVEL DE DEPENDENCIA:

En el cuaderno de trabajo te mostramos como completar el Test de Fagerstrón.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO RECOMENDADO:

Consulta con el médico de cabecera el tratamiento recomendado por DíaD.

.....

.....

.....

.....

## Este informe te servirá para:

- Tomar conciencia sobre tu conducta adictiva.
- Tener organizada y disponible tu Historia Clínica de fumador.
- Informar sobre tu Historia Clínica a tu médico (o terapeuta) y, a tu grupo de apoyo DíaD. Al saber mas sobre ti, te podrán ayudar mejor.
- Acelerar tu proceso diagnóstico de tabaquismo con tu médico.
- Valorar y discutir tus opciones de tratamiento con tu médico de cabecera o farmacéutico.
- Ayudar a otros fumadores participando; con tu consentimiento informado y, de forma completamente anónima en diversos estudios clínicos

**“Te deseamos un buen camino hacia tu abstinencia definitiva”**



**www.diadmbe.es**

UTILIZA NUESTROS RECURSOS QUE  
TE AYUDARÁN EN EL CAMINO  
DE TU ABSTINENCIA

