



INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Me gustaría ser incluido/a en el Programa para el Abandono del Consumo de Tabaco, por ello, firmo la presente solicitud:

Nombre y apellidos			
Teléfono		e-mail	
		Edad	

Actividad que realiza en la Universidad:

- **PDI**
 - Catedrático
 - Titular
 - Asociado
 - Becario
- **PAS:** Grupo (señale al grupo al que pertenece A, B, C, D ó E)

¿Fuma en la actualidad? SI NO

¿Cuánto tiempo lleva fumando?

- 0-1 año
- 1-5 años
- 6-10 años
- Más de 10 años

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse?

SI NO

¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?

- Unos 5 minutos
- De 6 a 30 minutos
- De 31 a 60 minutos
- Más de 60 minutos

¿Ha intentado dejar de fumar en el último año?

- No
- Una vez
- Varias veces

¿Cuánto tiempo ha estado sin fumar la vez que más ha aguantado?

- 1 mes
- Entre 1 mes y 1 año
- Más de 1 año

¿Fuma aunque esté tan enfermo/a que deba estar en la cama?

SI NO

Escoja la opción que mejor defina su situación actual respecto al tabaco:

- No tengo actualmente intención de dejar de fumar
- Me planteo dejarlo en los próximos 6 meses
- Me planteo dejarlo en los próximos 30 días
- Estoy actualmente intentando dejar de fumar

Firma del/la interesado/a: