

Toda la información de este formulario permanecerá de manera confidencial.

Nombre del facilitador de la clínica: _____ Fecha de hoy: _____

1. ¿A cuántas sesiones de la clínica asistió? _____

2. Verifique las declaraciones a continuación que mejor lo describan el día de hoy.

- No estoy fumando o consumiendo cualquier tipo de tabaco.
- No estoy fumando o consumiendo otro tipo de tabaco, y estoy planeando dejar dentro de los próximos 30 días.
- No estoy fumando o consumiendo otro tipo de tabaco, y estoy planeando dejar dentro de los próximos seis meses.
- No estoy fumando o consumiendo otro tipo de tabaco, y no estoy planeando dejar dentro de los próximos seis meses..

3. ¿Dejó de fumar o consumir cualquier otro tipo de tabaco por un día (24 horas) o más durante su participación en la clínica? Si No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo? _____

4. ¿Cuál fue la actividad que más le ayudo en la clínica? _____

5. ¿Cuál fue la actividad que menos le ayudo en la clínica? _____

6. ¿Cómo le ayudo el facilitador de la clínica? _____

7. ¿De qué manera pudo haberle ayudado más el facilitador de la clínica? _____

8. ¿Cómo mejoraría la clínica? _____

Cuestionario Final de la clínica (cont.)

9. ¿Recomendaría la clínica a amigos que quieren dejar de fumar? Sí No

10. ¿Tiene algún otro comentario o sugerencia?

11. ¿Le gustaría ser voluntario para ayudar a otros fumadores? Si es así, verifique los ejercicios que le interesaría, luego complete con su nombre y dirección al pie de la página.

Facilitador de la clínica

Asistente de secretaría

Seguimiento telefónico

Otro _____

Grupo de exfumadores

No estoy interesado en este momento

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

¡Gracias!

©2016 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 12/16.