

Sección 5: Tabaco

Cuestionario

5.1	¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?	1. Sí	<input type="checkbox"/>	5.10
		2. No	<input type="checkbox"/>	
		3. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
5.2	¿Actualmente fuma Ud. cigarrillos?	1. Sí (uno o más cigarrillos diariamente)	<input type="checkbox"/>	
		2. No (he dejado de fumar)	<input type="checkbox"/>	
		3. Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día)	<input type="checkbox"/>	
5.3	¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos por primera vez en su vida?	1. Edad en años	<input type="text"/>	
		2. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
5.4	Cómo promedio, ¿cuántos cigarrillos fumó al día durante los últimos treinta días?	1. Número de cigarrillos por día	<input type="text"/>	
		2. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
5.5	¿Cuándo fue la última vez que fumó? Es decir, ¿desde cuándo hace que Ud. no se fuma por lo menos un cigarrillo diariamente?	1. Menos de 1 mes	<input type="checkbox"/>	
		2. Entre 1 y 6 meses	<input type="checkbox"/>	
		3. Entre 6 y 12 meses	<input type="checkbox"/>	
		4. Un año y más	<input type="checkbox"/>	
		5. No recuerdo/No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	
5.6	¿Cuánto tiempo después de haberse despertado se fuma el primer cigarrillo?	1. En los primeros cinco minutos	<input type="checkbox"/>	
		2. De 6 a 30 minutos	<input type="checkbox"/>	
		3. De 31 a 60 minutos	<input type="checkbox"/>	
		4. Después de 60 minutos	<input type="checkbox"/>	
5.7	¿Piensa dejar de fumar?	1. Sí	<input type="checkbox"/>	3. No estoy seguro
		2. No	<input type="checkbox"/>	



5.8	¿En qué tiempo espera conseguirlo? (Cuántos meses a partir de ahora)	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	
		5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	
		9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>	
		13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>	
		17	<input type="checkbox"/>	18	<input type="checkbox"/>	19	<input type="checkbox"/>			
5.9	¿En los últimos 12 meses, cuántas veces dejó de fumar por lo menos 24 horas?	Número de veces								
5.10	¿En los últimos 12 meses, algún profesional de la salud le ha preguntado si Ud. fuma?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No estoy seguro					<input type="checkbox"/>	
		2. No	<input type="checkbox"/>							
5.11	¿En los últimos 12 meses, algún profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?	1. Sí, en alguna (s) ocasión (es), pero no siempre							<input type="checkbox"/>	
		2. Sí, siempre me aconsejó							<input type="checkbox"/>	
		3. No							<input type="checkbox"/>	
		4. No recuerdo/No estoy seguro							<input type="checkbox"/>	
5.12	¿Conoce Ud. si existen regulaciones (prohibiciones, áreas señaladas, etc) para fumar en lugares públicos tales como la oficina, la escuela, otros sitios de trabajo, el transporte público, los centros de salud, restaurantes y cómo se cumplen esas regulaciones?	1. Sí existen y nunca se violan							<input type="checkbox"/>	
		2. Sí existen, pero se violan con frecuencia							<input type="checkbox"/>	
		3. Sí existen, pero no sé si se violan							<input type="checkbox"/>	
		4. No existen							<input type="checkbox"/>	
		5. No estoy seguro de que existan							<input type="checkbox"/>	
5.13	¿Cree Ud. que fumar puede dañar su salud?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No estoy seguro					<input type="checkbox"/>	
		2. No	<input type="checkbox"/>							
5.14	¿Cree Ud. que fumar en sitios cerrados o próximo a otras personas puede dañar la salud de los que están a su alrededor?	1. Si	<input type="checkbox"/>	3. No estoy seguro					<input type="checkbox"/>	



Flujograma para determinar rápidamente la etapa de cambio

