

FICHA DE INGRESO AL PROGRAMA

Nombre y Apellido			
DNI		Fe. De Nacimiento	
Dirección			
Teléfono		Email	
Lugar de Trabajo			

Fecha de inicio		Consumo actual	
¿Cesó mas de un año previamente?		SI	NO
Tabaquismo Social <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/>		Act. Física	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Horas semanales: <input type="text"/>

Test de Prochaska	Precontemplación (no estoy pensando en dejar de fumar)	<input type="text"/>	Acción (he dejado dentro de los ultimos 6 meses)	<input type="text"/>
	Contemplación (pensando en dejar en los proximos 6 meses)	<input type="text"/>	Mantenimiento (dejé de fumar hace mas de 6 meses)	<input type="text"/>
	Preparación (intentando dejar en el proximo mes)	<input type="text"/>		

Test de Fragerstrom	¿Cuento tiempo pasa desde que se levanta hasta que enciende su primer cigarrillo?	3-hasta 5' <input type="text"/>	1-31' a 60' <input type="text"/>
		2- 6' a 30' <input type="text"/>	0-Mas de 61' <input type="text"/>
	¿Encuentra dificil no fumar donde esta prohibido?	1- SI <input type="text"/>	0- NO <input type="text"/>
	¿Que cigarrillo le cuesta dejar mas de fumar?	1- El primero de la mañana <input type="text"/>	0-Otro <input type="text"/>

Total	¿Cuántos cigarrillos fuma por dia?	3- Mas de 31 <input type="text"/>	1- 11- 20 <input type="text"/>
		2- 21 -30 <input type="text"/>	0- 10 o menos <input type="text"/>
	¿Fumas con mas frecuencia en las primeras horas de la mañana?	1- SI <input type="text"/>	0- NO <input type="text"/>
	¿Fuma estando enfermo?	1- SI <input type="text"/>	0- NO <input type="text"/>

Antecedentes:

EPOC	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebro vascular de cualquier tipo	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Renal	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Enfermedad vascular periférica/aneurisma de aorta	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Antecedentes personal o familiar de patología oncológica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Diabetes	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>
Patología psiquiátrica	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO SABE	<input type="checkbox"/>

FECHA _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO _____