

MI PLAN PERSONAL PARA DEJAR DE FUMAR

Hoy, voy a hacer un plan para cambiar mi vida. He decidido dejar de fumar, y mi plan se describe en esta página. Con el apoyo de mi familia y mis amigos, y con los recursos que me proporcionen mi profesional o profesionales médicos, sé que contaré con la ayuda necesaria para realizar este importante y saludable cambio en mi vida.

PARA PACIENTES:

Complete este plan junto con su profesional médico. Llévelo a casa: le servirá de recordatorio y/o lo podrá compartir con su familia y amigos.

PARA PROFESIONALES MÉDICOS:

Complete este plan junto con su paciente, e incluya una copia en el historial del paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

1 ¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS QUE HE DECIDIDO DEJAR DE FUMAR? (p. ej., mi salud, mi familia, motivos económicos)

2 ¿CUÁLES SON ALGUNAS DE LAS COSAS QUE ME HAN IMPEDIDO DEJAR DE FUMAR EN EL PASADO? (p. ej., estrés, hábito, entornos sociales)

3 ESTAS SON UN PAR DE COSAS QUE ME HARÍAN DESEAR FUMAR:

- | | |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Despertarme | <input type="checkbox"/> Café |
| <input type="checkbox"/> Manejar en el auto | <input type="checkbox"/> Descansos después de comer |
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Aburrimiento |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

4 ¿CUÁLES SON LOS DESAFÍOS QUE ENFRENTARÉ EN LOS PRÓXIMOS MESES Y QUE AFECTARÁN MIS POSIBILIDADES DE DEJAR DE FUMAR? (p. ej., evento familiar, miedo al fracaso, miedo a ganar peso, estrés)

5 ¿CON QUÉ FORTALEZAS CUENTO PARA AYUDARME A CONSEGUIR EL ÉXITO? (p. ej., tengo mucha fuerza de voluntad, me oriento a objetivos)

6 SI SIENTO UNA URGENTE NECESIDAD DE FUMAR, EN SU LUGAR HARÉ LO SIGUIENTE: (p. ej., usar una terapia de reemplazo de nicotina, beber un vaso de agua, contar hasta 20)

7 MI NUEVA FORMA DE PENSAR O MI DECLARACIÓN DIARIA PUEDEN SER: (p. ej., fumar no es una opción, me veo como no fumador/a)

8 MI NUEVA CONDUCTA: (p. ej., cambiar mis rutinas, planear con antelación, mantenerme ocupado/a)

¿CUÁL TRATAMIENTO DE REEMPLAZO DE NICOTINA ES EL ADECUADO PARA MÍ?

Para niveles de nicotina constantes que duran todo el día:



PARCHES NICODERM®CQ®

> 21 mg > 14 mg

Para alivio inmediato de las ganas de fumar:



CHICLES NICORETTE®

> 4 mg > 2 mg



PASTILLAS NICORETTE®

> 4 mg > 2 mg



MINI PASTILLAS NICORETTE®

> 4 mg > 2 mg

Lea y siga las instrucciones de la etiqueta. El apoyo conductual aumenta las posibilidades de éxito. Para obtener información completa sobre las dosis de producto, consulte la información sobre dosis (formato descargable).

OTRA: _____

9 ¿QUIÉN ME APOYARÁ EN MIS ESFUERZOS POR DEJAR DE FUMAR?

(p. ej., familia/amigos, profesional o profesionales médicos, sitios web, líneas telefónicas para dejar de fumar, folletos para dejar de fumar)

10 ¿CÓMO ME APOYARÁN?

(p. ej., llamadas telefónicas, correos electrónicos positivos, escuchando)

11 MIS SIGUIENTES PASOS Y CUÁNDO LOS TOMARÉ:

(p. ej., decírselo a mi familia/amigos, limpiar mi automóvil)

12 EN MI CITA DE SEGUIMIENTO CON MI PROFESIONAL MÉDICO, HAREMOS LO SIGUIENTE:

(p. ej., revisar la medicación, discutir los desafíos, celebrar los triunfos)

En este día, _____, me comprometo a comenzar a vivir una vida sin fumar.

Firmado: _____

