Miami-Dade Area Health Education Center
Tobacco Program
8600 N.W. 53rd Terrace, Suite 200
Miami, Florida 33166
(305) 597-3640
FAX: (305) 592-3704
SmokeFree@mdahec.org

Tobacco Cessation Support Referral Form

Please complete by circling or writing in your answers.

Do you smoke your first cigarette within 30 minutes of waking up?	Yes	No
Would it be harder for you to give up your first cigarette in the morning than any other one during the day?	Yes	No
Is it hard to keep from smoking in places where you are not supposed to? (Examples: hospitals, airplanes, stores.)	Yes	No
How many cigarettes per day do you smoke?	_____ write number	
Do you smoke more when you first wake up than during the rest of the day?	Yes	No
Do you wake up in the middle of the night to have a cigarette?	Yes	No
Do you smoke even when you are sick?	Yes	No
Have you ever tried to quit smoking in the past?	Yes	No
Are you interested in just talking to someone about maybe quitting smoking?	Yes	No
Do you want to quit smoking?	Yes	No

Name: _____ Phone Number: _____

Mailing address: _____
Street Apt.

_____
City State Zip Code

E-mail: _____

I give permission to Miami-Dade AHEC's Smoking Cessation Program to contact me to offer free smoking cessation assistance? _____ YES _____ NO

Signature: _____ The best time to contact me is: _____

Please return form to Miami-Dade AHEC

Referral Source: _____

Miami-Dade Area Health Education Center
Programa Contra el Tabaco
8600 N.W. 53rd Terrace, Suite 200
Miami, Florida 33166
(305) 597-3640
FAX: (305) 592-3704
SmokeFree@mdahec.org

Formulario para Solicitud de Apoyo para dejar de Fumar

¿Fuma usted su primer cigarrillo durante los primeros 30 minutos después de haberse levantado?	Sí	No
¿Piensa usted que dejar de fumar el primer cigarrillo de la mañana sería más difícil que dejar de fumar cualquier otro durante el día?	Sí	No
¿Se le hace difícil abstenerse de fumar en lugares que no está permitido, como hospitales, aviones, etc.….?	Sí	No
¿Cuantos cigarrillos de fuma usted diariamente?	_____ numero	
¿Se levanta en medio de la noche a fumarse un cigarrillo?	Sí	No
¿Fuma usted aún cuando está enfermo?	Sí	No
¿Ha intentado dejar de fumar en el pasado?	Sí	No
¿Está usted interesado en conversar con alguien acerca de la posibilidad de dejar de fumar?	Sí	No
¿Quiere usted dejar de fumar?	Sí	No

Nombre: _____ Número Telefónico: _____

Dirección: _____
Calle Apto.

_____
Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____

Autorizo al Programa para Dejar de Fumar de Miami-Dade AHEC (Miami-Dade AHEC's Smoking Cesación Program) a contactarme para ofrecerme asistencia gratuita para dejar de fumar.

_____Sí _____NO

Signatura: _____ La mejor hora para contactarme es: _____

Favor devolver este formulario a Miami-Dade AHEC

Fuente de Remisión: _____