

PRESCRIPCIÓN: dejar de fumar

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

FECHA PARA DEJAR DE FUMAR: _____

Justo antes de su fecha para dejar de fumar:

- • Escriba sus razones personales para dejar de fumar. Vea su lista a menudo.
- Lleve un diario de cuándo y por qué fuma.
- Deshágase de todos sus cigarrillos, fósforos, encendedores y ceniceros.
- Diga a sus amigos y familia que va a dejar de fumar y cuál es su fecha para dejar de fumar.
- Obtenga el medicamento que piensa usar. Nombre del medicamento: _____
Comience a tomar su medicamento el: _____
- Suscríbase a SmokefreeTXT (<http://smokefree.gov/smokefreetxt>).
- Practique salir sin cigarrillos a lugares en donde pasa mucho tiempo, como en su casa, vehículo o lugar de trabajo.
- Llame a **1-800-QUIT-NOW** (1-800-784-8669) para obtener materiales y asesoramiento.

En su fecha para dejar de fumar:

- ¡Deje de fumar!
- Tome sus medicamentos según se los indicaron.
- Pídale apoyo a sus amigos, compañeros de trabajo y a su familia.
- Cambie su rutina diaria.
- Evite las situaciones en las que por lo general fuma.
- Beba mucha agua.
- Manténgase ocupado.
- Haga algo especial para celebrar.

Justo después de dejar de fumar:

- Desarrolle un ambiente limpio, fresco y libre de tabaco a su alrededor, en el trabajo y en casa.
- Trate de evitar beber alcohol, café u otras bebidas que relacione con fumar.
- Si extraña la sensación de tener un cigarrillo en la boca, pruebe palitos de zanahoria o apio, palillos de dientes con sabor o una pajilla.
- Mastique chicle sin azúcar o caramelos de menta para ayudar con los antojos.
- Aléjese de las personas que usan tabaco.
- Premíese por el éxito: 1 hora, 1 día o una semana sin usar tabaco.
- Aumente su actividad física.
- Regrese para una visita de seguimiento el: _____

Recomendaciones adicionales: _____

Firma del médico familiar