
Deje de Fumar

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha para dejar de fumar: _____

Antes de dejar de fumar:

- Anote sus razones personales para dejar de fumar. Déle un vistazo a menudo.
- Lleve un diario de cuándo y por qué fuma.
- Deshágase de todos sus cigarros, fósforos, encendedores y ceniceros.
- Avísele a sus amistades y familiares que va a dejar de fumar y la fecha en que va a comenzar.
- Obtenga el medicamento que planea usar. Nombre del medicamento: _____
Comience a tomar su medicamento el: _____
- Acostúmbrese a no tener cigarros en lugares donde usted pasa mucho tiempo, tal como su hogar o carro.
- Llame al **1-800-QUIT-NOW** para obtener materiales y asesoría gratis.

En la fecha que va a dejar de fumar:

- ¡Deje de fumar!
- Comience su medicamento.
- Pídale apoyo a sus amigos, compañeros de trabajo y familiares.
- Cambie su rutina diaria.
- Evite situaciones donde normalmente fumaría.
- Tome bastante agua.
- Manténgase ocupado.
- Haga algo especial para celebrar.

Seguidamente después que deje de fumar:

- Cree a su alrededor un medio ambiente limpio y sin humo tanto en el trabajo como en su hogar.
- Evite bebidas alcohólicas, café, y otras bebidas que pueda asociar con el fumar.
- Si extraña el deseo de ponerse un cigarro en la boca, trate palitos de zanahoria o apio, palillo de dientes con sabores o una paja de beber.
- Mastique chicle sin azúcar (sugarless) o mentas para ayudarlo con los antojos.
- Manténgase alejado de personas que fuman.
- Recompénsese por sus éxitos — una hora, un día o una semana sin fumar.
- Comience un programa de ejercicio.



AMERICAN ACADEMY OF
FAMILY PHYSICIANS
