If You Smoke, Please Fill This Out and Give It to Your Doctor.

- About how many cigarettes do you smoke a day? _____
- During the past 12 months, have you stopped smoking for one day or longer because you were trying to quit? ☐ Yes ☐ No
- When do you want to quit?

_____ Within the next 30 days _____ In the next 6 months

_____ More than 6 months from now

- Does anyone else in your home smoke? ☐ Yes ☐ No
- Are you interested in using medications or attending a group to help you quit? ☐ Yes ☐ No

En español al reverso

NYC Health

THE NEW YORK CITY DEPARTMENT of HEALTH and MENTAL HYGIENE

Si fuma, por favor complete este cuestionario y entrégueselo a su médico.

- ¿Cuántos cigarrillos aproximadamente fuma por día? _____
- Durante los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar un día o más tiempo porque estaba intentando dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No
- ¿Cuándo desea dejar de fumar?

_____ Dentro de los próximos 30 días _____ En los próximos 6 meses

_____ Más de 6 meses a partir de este momento

- ¿Alguien de su hogar fuma? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está interesado en usar medicamentos o asistir a un grupo de ayuda para dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No

English on other side

NYC Health
DEPARTAMENTO DE SALUD y SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK