**DOCUMENTO DE ADHESIÓN A LA RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LIBRE DE TABACO**

****

**Red de Atención Primaria de Salud Libre de Tabaco**

**Datos del Centro de Salud y del Grupo Promotor**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS DEL CENTRO** | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | |  | | | | | | |
| **DIRECCIÓN** | |  | | | | | | |
| **ÁREA DE SALUD** | |  | | | | | | |
| **TELEFONO** | |  | | | | | | |
| **2. DATOS DE LAS PERSONAS RESPONSABLES DEL PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD** | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | |  | | | | | | |
| **PROFESIÓN** | |  | | | | | | |
| **TELF. CONTACTO** | |  | | **E-MAIL** | |  | | |
|  | |  | | | | | | |
| **NOMBRE** | |  | | | | | | |
| **PROFESIÓN** | |  | | | | | | |
| **TELF. CONTACTO** | |  | | **E-MAIL** | |  | | |
| **3. DATOS DEL GRUPO PROMOTOR** | | | | | **PROFESIÓN** | | **TELF. Y E-MAIL DE CONTACTO** | |
| **NOMBRE** |  | | | |  | |  | |
| **NOMBRE** |  | | | |  | |  | |
| **NOMBRE** |  | | | |  | |  | |
| **NOMBRE** |  | | | |  | |  | |
| **4. OTROS DATOS** | | | | | | | | |
| NÚMERO DE TRABAJADORES/AS DEL EQUIPO DE APS | | | | | | | |  |
| ¿HAY UNIDAD DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PROFESIONALES EN EL ÁREA DE SALUD? | | | | | | | | * SI * NO |
| ¿HAY UNIDAD DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA PARA PACIENTES EN EL ÁREA DE SALUD? | | | | | | | | * SI * NO |
| ¿SE OFERTA AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR EN EL CENTRO DE SALUD? | | | | | | | | * SI * NO |
| **5. COMPROMISO** | | | | | | | | |
| FDO:  D. .........................................................  COORDINADOR/A DEL CENTRO DE SALUD | | | FDO:  D. .........................................................  RESPONSABLE DE ENFERMERÍA | | | | | |

****