

Guatemala \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Intermediario \_\_\_\_\_  
Código / Nombre

1. Frecuencia con la que fuma :

- a)  Todos los días de la semana
- b)  Algunos días de la semana
- c)  Solo algunos días sueltos del mes

a. Cuantos cigarrillos \_\_\_\_\_ a la semana

2. A qué edad comenzó a fumar \_\_\_\_\_ años

3. Fuma alguien más de la familia cercana  Si  No Quien \_\_\_\_\_

a. Cuantos cigarrillos \_\_\_\_\_ a la semana

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente