**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 |

****