|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO. DE CIGARRILLO** | **HORA** | **ACTIVIDAD QUE REALIZA AL FUMAR O VAPEAR ASOCIADA A LA DEPENDENCIA** | **LUGAR DONDE FUMA O VAPEA** | **CON QUÉ PUEDO REEMPLAZAR ESTA ACTIVIDAD QUE ACOMPAÑO CON EL FUMAR O VAPEAR** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

