

Contrato para dejar de fumar

(Nombre y apellidos): _____

Me comprometo que a partir del día _____ (día D) NO VOLVERÉ A FUMAR.

Asumo la responsabilidad total de esta decisión porque considero que reporta un beneficio para mi salud.

Firma:

Consentimiento informado para divulgación

Sr./Sra. _____

Con DNI: _____

He estado suficientemente informado/a y entiendo que mi participación en el grupo para dejar de fumar es voluntaria. Así mismo, acepto que me puedan filmar y/o fotografiar y que se utilice este material con finalidades terapéuticas, como también para hacer divulgación sanitaria.

Firma: