

# MY QUIT, MY PLAN



Quitting tobacco can be tough, but I don't have to do it alone.

## MY QUIT DATE

I am quitting:  smoking  vaping  other tobacco or nicotine products

My quit date is: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## MY REASONS FOR QUITTING

My reasons for quitting include (check all that apply):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> To feel better.                   | <input type="checkbox"/> To protect my spouse/partner's health.    |
| <input type="checkbox"/> To own my health.                 | <input type="checkbox"/> To protect my family's health.            |
| <input type="checkbox"/> To feel less stressed or anxious. | <input type="checkbox"/> To protect my children's or pet's health. |
| <input type="checkbox"/> To feel less depressed.           | <input type="checkbox"/> To protect the environment.               |
| <input type="checkbox"/> To take control of my future.     | <input type="checkbox"/> Other: _____                              |
| <input type="checkbox"/> To be here for my loved ones.     | <input type="checkbox"/> Other: _____                              |
| <input type="checkbox"/> To save money.                    | <input type="checkbox"/> Other: _____                              |

## MY CONCERNS ABOUT QUITTING

I'm worried about quitting because (check all that apply):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I like to smoke or vape.                      | <input type="checkbox"/> I'm too stressed to deal with quitting. |
| <input type="checkbox"/> I like smoking or vaping with others.         | <input type="checkbox"/> I'm worried about withdrawal symptoms.  |
| <input type="checkbox"/> Smoking or vaping is a big part of who I am.  | <input type="checkbox"/> I've quit before and it didn't last.    |
| <input type="checkbox"/> My family or friends still smoke or vape.     | <input type="checkbox"/> Other: _____                            |
| <input type="checkbox"/> I use smoking or vaping to handle stress.     | <input type="checkbox"/> Other: _____                            |
| <input type="checkbox"/> I've got too much going on right now to quit. | <input type="checkbox"/> Other: _____                            |

## MY STRENGTHS

I will use my strengths to help me quit. I am (check all that apply):

- |   |   |                                      |                                       |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Able to change | <input type="checkbox"/> Determined       | <input type="checkbox"/> Resourceful | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Brave          | <input type="checkbox"/> Funny            | <input type="checkbox"/> Self-aware  | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Capable        | <input type="checkbox"/> Hopeful          | <input type="checkbox"/> Smart       | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Creative       | <input type="checkbox"/> Motivated        | <input type="checkbox"/> Spiritual   | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Curious        | <input type="checkbox"/> Positive thinker | <input type="checkbox"/> Strong      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

## MY TRIGGERS

Sometimes, I experience feelings and situations that trigger me to want to smoke or vape. They are (check all that apply):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiety or stress             | <input type="checkbox"/> Hanging out with friends         | <input type="checkbox"/> Smelling tobacco smoke or vapor |
| <input type="checkbox"/> Boredom or loneliness         | <input type="checkbox"/> Watching streaming services      | <input type="checkbox"/> Driving                         |
| <input type="checkbox"/> Depression                    | <input type="checkbox"/> Playing video games              | <input type="checkbox"/> Other: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Doing homework or studying    | <input type="checkbox"/> Seeing ads for smoking or vaping | <input type="checkbox"/> Other: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Texting or using social media | <input type="checkbox"/> Seeing others smoke or vape      | <input type="checkbox"/> Other: _____                    |

## MY PLAN TO DEAL WITH MY TRIGGERS

I will deal with my triggers by (check all that apply):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Practicing saying, "I quit."  | <input type="checkbox"/> Going for a walk, run, or bike ride.               |
| <input type="checkbox"/> Disposing of all tobacco and vape products.   | <input type="checkbox"/> Taking deep breaths or listening to music.         |
| <input type="checkbox"/> Washing clothes, bedding, and anything else that smells like smoke or vapor.                            | <input type="checkbox"/> Helping someone with a project or problem.         |
| <input type="checkbox"/> Using replacement behaviors, (e.g., chewing sugar-free gum or eating sugar-free candy).                 | <input type="checkbox"/> Avoiding stores that sell tobacco or vapes.        |
| <input type="checkbox"/> Keeping my hands busy (e.g., journaling, drawing, knitting, painting, cleaning, petting my dog or cat). | <input type="checkbox"/> Asking others not to smoke or vape around me.      |
|  | <input type="checkbox"/> Reaching out to others (e.g., see "My Resources"). |
|  | <input type="checkbox"/> Other: _____                                       |

## MY RESOURCES

I will use resources to support my quit. My resources are (check all that apply):

### Counseling and/or Medication

- Connecticut Quitline** - Provides adults ages 18 and older with free and confidential one-on-one telephone counseling and quit medications. Text support is also available. Call 1-800-QUIT-NOW for more information.
- My Life, My Quit™** - Offers youth ages 13 - 17 with free and confidential one-on-one text support. Text "Start My Quit" to 36072 for more information.
- My healthcare provider** - Provides prescriptions for quit medications.
- quitSTART or other apps** - Provides information and tips for quitting; tracks quit progress; offers tools and games to manage cravings. Available at Google Play and the Apple Store.
- Other** (specify): \_\_\_\_\_

### Supports

Having the support of others is an important part of my quit journey. They will help me remember why I decided to quit, encourage me if I feel like giving up, and celebrate my successes with me.

My supports will be (check all that apply):

- |                                       |   |                                    |                                       |
|---------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parent(s)    | <input type="checkbox"/> Boyfriend/girlfriend | <input type="checkbox"/> Pets      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Found family | <input type="checkbox"/> Husband/wife         | <input type="checkbox"/> Teachers  | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Siblings     | <input type="checkbox"/> Co-workers           | <input type="checkbox"/> Coaches   | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Friends      | <input type="checkbox"/> Faith leaders        | <input type="checkbox"/> Counselor | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

# MI PLAN PARA DEJAR DE FUMAR



**Dejar el tabaco puede ser duro, pero no tengo por qué hacerlo solo.**

## MI FECHA PARA DEJARLO

**Yo estoy dejando de:**  fumar cigarrillos  cigarrillos electrónicos  otros productos de tabaco o nicotina

**Mi fecha para dejarlos es:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## MIS RAZONES PARA DEJARLO

**Mis razones para dejarlo incluyen (marque todo lo que corresponda):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Para sentirme mejor.                     | <input type="checkbox"/> Para proteger la salud de mi cónyuge/pareja.         |
| <input type="checkbox"/> Por mi propia salud.                     | <input type="checkbox"/> Para proteger la salud de mi familia.                |
| <input type="checkbox"/> Para sentir menos ansiedad o estrés.     | <input type="checkbox"/> Para proteger la salud de mis hijos o de mi mascota. |
| <input type="checkbox"/> Para sentir menos depresión.             | <input type="checkbox"/> Proteger el medio ambiente.                          |
| <input type="checkbox"/> Para tomar control de mi futuro.         | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Para estar aquí para mis seres queridos. | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |
| <input type="checkbox"/> Para guardar dinero.                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

## MIS PREOCUPACIONES SOBRE DEJARLO

**Me preocupo sobre dejarlo porque (marque todo lo que corresponda):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Me gusta fumar o vapear.                             | <input type="checkbox"/> Tengo demasiado estrés para dejarlo ahora. |
| <input type="checkbox"/> Me gusta fumar o vapear con otros.                   | <input type="checkbox"/> Me preocupa el síndrome de abstinencia.    |
| <input type="checkbox"/> Fumar o vapear es una parte grande de quien soy.     | <input type="checkbox"/> Lo he dejado antes y no duró.              |
| <input type="checkbox"/> Mi familia o amigos siguen fumando o vapeando.       | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Yo fumo o vapeo para manejar el estrés.              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |
| <input type="checkbox"/> Hay demasiado pasando en mi vida para dejarlo ahora. | <input type="checkbox"/> Otro: _____                                |

## MIS PUNTOS FUERTES

**Usaré mis puntos fuertes para ayudarme en dejarlo. Yo soy (marque todo lo que corresponda):**

- |   |  |   |                                      |
|---|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Capaz de cambiar | <input type="checkbox"/> Determinado/a             | <input type="checkbox"/> Ingenioso/a              | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Valiente         | <input type="checkbox"/> Gracioso/a                | <input type="checkbox"/> Inteligente              | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Capaz            | <input type="checkbox"/> Optimista                 | <input type="checkbox"/> Espiritual               | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Creativo/a       | <input type="checkbox"/> Motivado/a                | <input type="checkbox"/> Fuerte                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Curioso/a        | <input type="checkbox"/> Pienso de manera positiva | <input type="checkbox"/> Consciente de mí mismo/a | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

## MIS DETONANTES EMOCIONALES

**A veces experimento sentimientos y situaciones que me causan ganas de fumar.**

**Estos son (marque todo lo que corresponda):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad o estrés                              | <input type="checkbox"/> Pasar tiempo con amigos                 | <input type="checkbox"/> Oler el vapor o humo de tabaco |
| <input type="checkbox"/> Aburrimiento o soledad                         | <input type="checkbox"/> Jugar videojuegos                       | <input type="checkbox"/> Manejar                        |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                      | <input type="checkbox"/> Ver publicidad sobre fumar o vapear     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Hacer tareas o estudiar                        | <input type="checkbox"/> Ver a otros fumar o vapear              | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |
| <input type="checkbox"/> Enviar mensajes de texto o usar redes sociales | <input type="checkbox"/> Ver servicios de transmisión en directo | <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |

## MI PLAN PARA LIDIAR CON MIS DETONANTES EMOCIONALES

**Voy a lidiar con mis detonantes emocionales mediante (marque todo lo que corresponda):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Practicar diciendo, "Lo dejo."   | <input type="checkbox"/> Salir a caminar, correr o montar en bicicleta.              |
| <input type="checkbox"/> Tirar todos los productos de tabaco y vapeo.   | <input type="checkbox"/> Respirar hondo o escuchar música.                           |
| <input type="checkbox"/> Lavar la ropa, sábanas y cualquier otra cosa que huelga a humo o vapor.  | <input type="checkbox"/> Ayudar a alguien con un proyecto o un problema.             |
| <input type="checkbox"/> Usar conductas de sustitución (ej., masticar goma sin azúcar o comer dulces sin azúcar).                             | <input type="checkbox"/> Evitar las tiendas que venden tabaco o vapeo.               |
| <input type="checkbox"/> Mantener las manos ocupadas (ej., escribir un diario, dibujar, tejer, pintar, limpiar, acariciar a mi perro o gato). | <input type="checkbox"/> Pedir a los demás que no fumen ni vaporicen a mi alrededor. |
|   | <input type="checkbox"/> Comunicarme con otros (ej., vea "Mis Recursos")             |
|   | <input type="checkbox"/> Otro: _____   |

## MIS RECURSOS

**Usaré recursos para apoyar mi esfuerzo de dejarlo. Mis recursos son (marque todo lo que corresponda):**

### Asesoramiento y/o Medicamento

- Connecticut Quitline** - Provee asesoramiento telefónico confidencial e individual, y medicamentos gratis para dejar de fumar para adultos de 18 años o mayor. Apoyo disponible a través de mensajes de texto. Marque al 1-800-QUIT-NOW para obtener más información.
- My Life, My Quit™** - Ofrece apoyo gratis, individual y confidencial a través de mensajes de texto a jóvenes de 13-17 años. Envíe un mensaje de texto a "Start My Quit" a 36072 para más información.
- Mi proveedor de cuidado de salud** - Provee recetas médicas para medicamento para dejar de fumar y vapear.
- La aplicación de quitSTART u otra** - Provee información y consejos para dejarlo; sigue el progreso de dejarlo; ofrece herramientas y juegos para manejar las ganas de fumar. Disponible en Google Play y la Apple Store.
- Otro** (especifique): \_\_\_\_\_

### Apoyo

**Tener el apoyo de otras personas es una parte importante de mi viaje para dejar de fumar y vapear. Ellos me ayudarán a recordar por qué he decidido dejarlo, animarme si pienso en renunciar al esfuerzo, y celebrar mis éxitos conmigo. Mis apoyos serán (marque todo lo que corresponda):**

- |  |                                   |   |  |
|--|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Padre(s)              | <input type="checkbox"/> Novio/a  | <input type="checkbox"/> Colega del trabajo | <input type="checkbox"/> Maestros o entrenadores |
| <input type="checkbox"/> Familia por selección | <input type="checkbox"/> Esposa/a | <input type="checkbox"/> Líderes religiosos | <input type="checkbox"/> Asesor o terapeuta      |
| <input type="checkbox"/> Hermanos              | <input type="checkbox"/> Amigos   | <input type="checkbox"/> Mascotas           | <input type="checkbox"/> Otro: _____             |