



1.855.DÉJELO.YA

UTAH TOBACCO QUIT LINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3076

FECHA DE ENVÍO: ____/____/____

Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA/HOSPITAL

CONDADO DE CLINICA/HOSPITAL

NOMBRE DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL CONTACTO

NUMERO DE FAX DE CLINICA/HOSPITAL

NUMERO DE TELÉFONO DE CLINICA/HOSPITAL

SOY UNA ENTIDAD CUBIERTA POR HIPPA (POR FAVOR MARQUE UNA)

SÍ

NO

NO SÉ

Información del paciente:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

GÉNERO

M

F

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

PRIMER TELÉFONO

CASA TRAB CEL

SEGUNDO TELÉFONO

CASA TRAB CEL

LANGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)

INGLÉS

ESPAÑOL

OTRO

Yo NO autorizo a Utah TobaccoQuit Line de dejar un mensaje cuando me contacte.

(Iniciales) ** Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

FECHA:

** Si el paciente no está presente para firmar, el proveedor de salud puede escribir sus iniciales abajo.

Yo proveo servicios de salud al individuo aquí referido y certifico que el/ella ha autorizado ser contactado por el Quit Line.

(Iniciales)

Utah TobaccoQuit Line le llamará. Por favor marque el mejor horario para llamarle. NOTA: La línea para dejar el tabaco trabaja los 7 días de la semana. Las llamadas que se realicen en Sábado o Domingo con el fin de localizarle, podrían estar fuera del horario que usted marcó.

6AM – 9AM

9AM – 12PM

12PM – 3PM

3PM – 6PM

6PM – 9PM

FAVOR DE LLAMARME DENTRO DEL HORARIO MARCADO AL (MARQUE UNO):

Primer Teléfono

Segundo Teléfono

© 2011 Alere. Todos derechos reservados.

Notificación de Confidencialidad: Este facsímil contiene información confidencial. Si Ud. lo ha recibido por error, por favor notifique al remitente inmediatamente por teléfono y deshágase de los materiales confidencialmente. No los modifique, revele, fotocopie o distribuya.