



**CONNECTICUT
QUITLINE**
1-800-QUIT-NOW

CONNECTICUT QUITLINE FAX REFERRAL FORM

Fax Number: 1-800-483-3114

FECHA DE ENVÍO: ____/____/____

Información del proveedor de servicios médicos:

NOMBRE DE LA CLÍNICA

CÓDIGO POSTAL

NOMBRE DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL CONTACTO

FAX

TELÉFONO

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

NÚMERO DE TELEFONO PRIMARIO

CASA TRAB CEL

NÚMERO DE TELEFONO SECUDNARIO

CASA TRAB CEL

LENGUAGE DE PREFERENCIA (POR FAVOR MARQUE UNO)

INGLÉS

ESPAÑOL

OTRO

Al participar en este programa, entiendo que los resultados de mi información tal vez sean compartidos con mi proveedor de salud para ayudar con mi tratamiento.

(Iniciales) Estoy listo para dejar el tabaco y solocito que la línea Quitline de Connecticut me contacte para ayudarme con mi plan.

(Iniciales) Yo **NO** autorizo a línea Quitline de Connecticut a dejar un mensaje al contactarme.
**** Por no poner sus iniciales, usted está dando su permiso para la línea dejar un mensaje.**

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: ____/____/____

Connecticut Quitline 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 realizen en el Fin de semana podrían estar fuera del horario que usted marcó.**

7AM – 9AM

9AM – 12PM

12PM – 3PM

3PM – 6PM

6PM – 9PM

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

© 2016. Todos los derechos reservados. Reimpresos con el permiso del dueño de los derechos de autor. Todas las marcas son propiedad de sus respectivos dueños.

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 materials confidencialmente. **No los modifique, revele, fotocopie o distribuya.**